NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES.

Liste des Journaux reproduits ou consultés pour la rédaction de l'Encyclographie.

JOURNAUX BELGES.

Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.
Annales de la Société de médecine de Gand.
Annales de la Société de médecine d'Anvers.
Annales de la Société de médecine de Verviers.
Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Malines.
Archives de la médecine militaire Belge.

JOURNAUX FRANÇAIS.

Annales médico-psychologiques.
Annales de thérapeutique de Rognetta.
Annales d'hygiène publique et de médecine lég.
Annales des maladies de la peau.
Annales médico-chirurgicales du Midi.
Archives générales de médecine.
Bulletin de thérapeutique.
Bulletin médical de Bordeaux.
Bulletin des Académies.
Gazette médicale de Paris.
Gazette des hôpitaux.
Gazette médicale de Montpellier.
Gazette médicale de Strasbourg.
Journal de médecine et de chirurgie de Toulouse.
Journal de médecine et de chirurgie pratiques.
Journal des connaissances médicales.
Journal des connaissances médico-chirurgicales.
Journal de médecine de Lyon.
Journal de médecine de Nantes.
Journal de médecine de M. Trousseau.
Journal de médecine de Bordeaux.
Journal de chimie médicale.
Journal des connaissances médicales pratiques et de pharmacologie.
L'Union médicale.
Revue médicale.
Revue médico-chirurgicale de Paris de M. Malgaigne.

JOURNAUX ALLEMANDS.

Allgemeine med. central zeitung.
Arch. für physiologische heilkunde.
Arch. für anat. phys.
Deutsche klinik.
Journal für kinderkrankheiten.
Medizinisc. correspondenzblatt.
Med. annalen.
Smidt's jahrbricht.
Zeitschrifft F. D. G. M.

JOURNAUX ANGLAIS.

American journal of med. science.
Edinb. med. and surg. journal.
Guy's hospital reports.
Journal of psychologie.
London med. chir. transactions.
London journal of med.
London med. gazette.
Monthly journal.
New-york journal of med.
The Dublin med. pres.
The Lancet.
The med. Times.

JOURNAUX ITALIENS.

Annali Universali di med.
Bulletino delle science med.
Gazetta med. Lomb.
Gazetta med. Ital.
Giormale de l'academia.
Il Progresso.
Il Filiato sebezio.
Il Raccoglitore medico.

NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES,

PUBLIÉE PAR

UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS.

1re PARTIE.

ARCHIVES

DE LA MÉDECINE BELGE ET REVUE DES JOURNAUX BELGES.

2me PARTIE.

BULLETIN

DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

3me PARTIE.

REPRODUCTION

ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

DÉCEMBRE 1851. — 12me SÉRIE. — T. XII.

Bruxelles,

IMPRIMERIE ET LIBRAIRIE DE N.-J. GREGOIR, ÉDITEUR,

FOSSÉ-AUX-LOUPS, 66.

1851

SOMMAIRE DES ARTICLES CONTENUS DANS CE VOLUME.

Archiv. de la méd. belge. p. 217—260.
Bulletin de l'Académie royale de médecine belge. 261.
Tableau météorologique. 287.

IV. PATHOL., THÉRAPEUT. ET CLINIQ. MÉDIC.

Path. interne. 2—4.
Thérapeut. 5—8. *Revue* 25.

V. ACCOUCHEM., MAL. DES FEM. ET DES ENF.

Accouchements. 9.
Maladies des femmes. 10—12. *Revue* 24, 27.
Maladies des enfants. 13.

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALM.

Path. externe. 14—16. *Revue* 26.
Méd. opérat. 17.
Ophthalmologie. 18.

VII. PHRÉNOLOGIE, MALADIES MENTALES.

Maladies mentales. 19—20.

VIII. Mal. des voies gén.-ur. 21.

XII. Généralités. 22—23.

Sociétés savantes, pag. 231—247.

Mélanges. 28.

ARCHIVES

DE LA

MÉDECINE BELGE.

(DÉCEMBRE 1851.)

TRAITEMENT DE LA TUBERCULISATION EN GÉNÉRAL ET DE LA PHTHISIE PULMONAIRE EN PARTICULIER;

par LOUIS PAROLA, de Coni, Représentant du peuple, etc.

(Traduit de l'italien par le docteur RAIKEM, professeur à l'Université de Liége, membre de l'Académie royale de médecine de Belgique, etc.)

(Suite : *voir* le n° de novembre 1851, p. 145.)

Le docteur *Casorati*, à l'appui des conditions et des précautions susmentionnées, n'hésite pas d'approuver, même dans la phthisie, la ponction thoracique. Voici comme il s'exprime à ce sujet: « Encore qu'on eût la certitude, non-seulement de tubercules, « mais encore de véritables cavernes dans le poumon de l'indi- « vidu, si celui-ci est menacé de suffocation, non par autre chose « qu'un épanchement considérable, il n'y a aucune bonne raison « qui doive empêcher le médecin de tenter une opération qui, « par elle-même, n'est nullement dangereuse, et qui, d'un autre « côté, est l'unique moyen que l'art possède pour soustraire le « patient aux angoisses qu'il éprouve, et le faire vivre encore « quelques semaines et quelques mois. » L'expérience et la raison commandent donc que la thoracentèse soit pratiquée pour donner issue à la collection pleurétique qu'on n'a pu faire absorber, et le médecin ne doit pas en être détourné par la probabilité, voire même la certitude, de la coïncidence d'une lésion organique du poumon, du cœur, etc. — Du reste, que, moyennant les précautions et les règles susindiquées, la pleurésie ne soit pas tant à redouter, c'est ce que tend à prouver les ponctions répétées jusqu'à quinze fois chez la même personne. Le docteur *Thomson* (1) rapporte l'observation d'un empyême chez un enfant de cinq à six

(1) Vol. 27, *des transactions méd. chir. de Londres.*

ans. Le petit malade guérit à la suite de quatre ponctions pratiquées en quatre endroits différents, et de la réouverture spontanée de la dernière d'entre elles, à laquelle succéda une tumeur qui s'ouvrit aussi, et se transforma en une fistule que l'on entretint pendant quelques mois, à l'aide d'un morceau d'éponge préparée enduite de cérat.

Dans la *Gazette médicale de Strasbourg* (1844), se trouve insérée une observation du docteur *Netter*, relative à un empyème chez un jeune homme de 22 ans qui, dans le courant de quinze mois, fut soumis sept fois à l'opération. Ce malade avait ressenti une douleur pongitive du côté droit, à laquelle avaient succédé : amaigrissement très rapide ; toux sèche accompagnée de gêne dans la respiration, de frissonnements et de sueurs nocturnes. Le côté droit de la poitrine était plus bombé que le gauche ; les espaces intercostaux offraient plus d'étendue ; la matité et l'absence de respiration étaient manifestes du même côté. La mensuration présentait cinq centimètres de plus que du côté sain. Les opérations furent pratiquées au moyen d'un trois-quart, et l'air pénétrait chaque fois avec violence dans la cavité thoracique. Néanmoins la vie se prolongea depuis octobre 1841 jusqu'en février 1843, époque où le malade dut succomber à la suite d'une douleur pongitive survenue du côté opposé.

Mais le cas le plus remarquable est celui du docteur *Hughes* (1), dont le sujet est un chirurgien, âgé de 34 ans, atteint d'un empyème qui avait été précédé de toux, d'hémoptysie, d'une très grande émaciation, et qui fut sauvé par la thoracentèse répétée jusqu'à quinze fois. En voici un sommaire : En novembre 1844, toux et crachats fort abondants qui, après avoir réduit le patient dans un état de marasme et de faiblesse extrêmes s'accompagnèrent, le 14 février 1845, de fréquentes hémoptysies, puis de symptômes annonçant une congestion thoracique du côté droit, avec souffle tubaire, râles muqueux, respiration âpre et rude dans les régions claviculaire et sus-scapulaire du même côté. A gauche, état normal des choses, sauf un son mat et un bruit respiratoire imparfait dans les régions mammaire et hypocondriaque. Dans l'intervalle du temps compris entre le 27 juin 1844 et le 1er avril 1846, la thoracentèse fut pratiquée huit ou dix fois par M. *Cock* ; ensuite le malade prit la résolution de faire lui-même l'opération. Le 3 octobre, six mois après la dernière ponction, M. *Hughes* l'ayant visité, le trouva bien portant, engraissé, avec un teint fleuri et ne présentant rien d'autre de remarquable à noter dans les fonctions

(1) *Gazette médicale de Londres* ; février, 1847.

respiratoires si ce n'est que le souffle vésiculaire était encore un peu âpre dans la région sous-mammaire gauche. Il est aussi digne d'attention que dans ce cas, quoique l'air se fût quelquefois introduit librement dans la plèvre pendant l'opération, cependant le malade assurait n'en avoir pas ressenti moins d'avantage, et que, dans la dernière exploration de la poitrine faite par M. *Hughes*, il ne paraissait pas qu'il y eût de l'air contenu dans la cavité droite de la poitrine.

Ces faits intéressants tendent à démontrer aux praticiens : 1° combien de ressources l'art, sagement appliqué, peut leur fournir ; 2° que l'introduction de l'air dans la poitrine est moins nuisible qu'on pense ; 3° que l'opération de la thoracentèse n'est pas, par elle-même, aussi dangereuse que certaines personnes le croient, surtout depuis les perfectionnements diagnostique et opératoire dernièrement introduits dans la science, lesquels sont venus réaliser les conseils et les encouragements de *Monteggia*, quand il présageait, en publiant les succès qu'il avait obtenus de son immense expérience : « je suis persuadé qu'en prêtant plus « d'attention à tous les signes qui caractérisent les collections « internes, et en s'exerçant à les reconnaître et à les évaluer « pratiquement, on peut acquérir plus de facilité dans leur dia- « gnostic et se résoudre par conséquent plus souvent à l'opéra- « tion. »

Maintenant, pour en revenir aux dangers et aux inconvénients que présentent en général la paracentèse thoracique nous ferons de nouveau remarquer que *Sprengel*, dans son histoire de la médecine, a cité un grand nombre de praticiens qui ont exécuté cette opération avec beaucoup de succès. — Avec cet illustre écrivain s'accordent la plupart des praticiens modernes, parmi lesquels nous devons surtout mentionner *Townsend*, *Reybard*, *Monneret*, *Fleury*, *Roe*, *Benjamin Philipps*, *Trousseau* et *Faure*. *Townsend* admet pour principe que : « cette opération est en tout temps « facile à faire, occasionne peu ou point de douleur au patient, « est généralement suivie d'un soulagement immédiat et a réussi « heureusement dans beaucoup de cas.» Puis, après avoir fait mention de plusieurs praticiens anglais qui l'ont conseillée et qui l'ont exécutée, il en cite vingt-trois exemples et finit par conclure : que, d'après les guérisons relatives fréquentes, ainsi que d'après le soulagement que, en général, presque tous les malades, en ont éprouvé pendant un temps considérable, on peut inférer que le résultat de ces faits milite en faveur de l'adoption la plus générale de cette pratique, et confirme pleinement l'opinion émise à ce sujet par un auteur moderne (*Forbes*) ; que c'est une opéra-

tion qui a souvent réussi d'une manière avantageuse et qu'il faut y recourir dans une maladie qui généralement, si pas toujours, est au-dessus des ressources de la médecine, et que trop souvent la nature ne parvient pas à guérir. Il conste, en outre, des observations de *Reybard* que, de six individus, opérés de l'empyême, cinq se rétablirent en santé ; et que chez ceux qui succombèrent à la suite de la thoracentèse, on ne mit pas en œuvre les précautions que cet auteur recommande pour s'opposer à l'entrée de l'air dans la cavité pleurale. — Mais l'ouvrage généralement reconnu comme classique sur cette matière est le *Compendium de médecine pratique de Monneret* et *Fleury*, dans lequel « la grande question, « comme dit *Casorati*, est discutée avec tout l'appareil des con- « naissances physiologiques, anatomiques, pathologiques et sta- « tistiques des faits relatifs dont la science a pu s'enrichir depuis « *Hippocrate* jusqu'à nos jours. » — Or, il résulte de la statistique puisée par ces auteurs dans des faits récents, publiés depuis la fin du dernier siècle jusqu'à nous, et les plus exacts, que, sur soixante-six opérés, on a eu quarante-neuf guérisons. Le docteur *Faure* de Toulon, dans un mémoire lu à l'institut de France le 19 septembre 1842, en s'appuyant sur les succès obtenus et sur son expérience, se plaint que la thoracentèse a été jusqu'à présent trop négligée, parce que les dangers et les insuccès en ont été trop exagérés ; « d'où s'ensuit, observe-t-il, qu'on laisse tous « les ans mourir plus de deux cents individus atteints d'affections « thoraciques dont l'existence aurait pu être prolongée, ou du « moins être rendue moins affligeante et moins pénible. »

Le docteur *Hamilton Roe* (1) a publié sur ce sujet un mémoire qui mérite d'être pris en considération et riche d'expérience, dans lequel, après avoir prouvé, par le raisonnement et par les faits, l'utilité de cette opération, il démontre que la crainte des graves inconvénients attribués à la pénétration de l'air dans l'opération est poussée à l'excès, puisque, dans les vingt-quatre cas par lui observés « l'air entra dans la plèvre (ce sont ses expressions) « pendant l'opération, quelquefois en quantité telle à produire « tous les symptômes d'un pneumo-thorax, sans que jamais en « dérivât un fâcheux effet permanent ; son émission spontanée « ayant eu lieu d'ordinaire au bout de quelques heures. » — Ensuite, cet auteur, après avoir fait de sages réflexions pratiques sur les règles à suivre et sur les conditions requises pour la réussite, le temps et la méthode de l'opération, ainsi que sur les signes caractéristiques de l'empyême, cite, à l'appui de son opinion, la

(1) *Annali univ. di medicina* ; aprile, 1847, pag. 108.

remarque suivante de *Benjamin Philipps* : « Dans mes notes « concernant les résultats de ces opérations, je trouve qu'il s'agit « de 122 cas, dont 88 terminés heureusement. Il y est fait men- « tion de 31 cas de pyothorax, dont 26 avec guérison, et de 9 cas « d'hydrothorax, dont 6 eurent une heureuse issue. » Pareillement, *Hughes* et *Cock*, dans *Guy's Hospital Reports* tracent le tableau de vingt malades opérés dans cet hôpital (1). Sur ce nombre huit guérirent complétement; trois améliorèrent et neuf moururent de phthisie, mais plus ou moins longtemps après l'opération qui avait été suivie d'un résultat avantageux et d'une prolongation de l'existence. D'après ces observations, les auteurs susdits ont été portés à louer la thoracentèse dans la phthisie comme une opération qui, après tout, sert au moins à diminuer la dyspnée et les anxiétés du patient. Dans cette confiance, ils établissent que dans le pneumo-thorax ou hydro-pneumo-thorax même, trois circonstances peuvent se présenter dans lesquelles la paracentèse thoracique devient nécessaire : 1° dans le moment de la rupture ou de la perforation du poumon, quand l'irruption de l'air dans la plèvre donne lieu à une suffocation imminente ; 2° si la maladie existe depuis longtemps, l'ouverture permet l'entrée et la sortie de l'air ; mais il peut arriver que cette ouverture vienne à s'oblitérer et que l'air, obligé de rester dans la plèvre, occasionne une dyspnée intense ; 3° la maladie se complique d'un épanchement séreux abondant qui, en comprimant le poumon, produit une orthopnée suffocante.

Mais, à propos de statistiques, nous en trouvons de très exactes dans quelques autres auteurs, parmi lesquelles nous mentionnerons celles de *Dupuytren*, de *Velpeau*, de *Gimelle* et de *Bourgery*. La première présente sur 133 opérations, 51 exemples de guérison ; dans la seconde, sur 122, on compte 86 cas de guérisons, permanentes ou temporaires.

En se fondant sur ces données, le docteur *Casorati* fait les réflexions suivantes : « Je veux maintenant supposer que sur ces 255 « individus qui sans la thoracentèse étaient tous irrévocablement « perdus, on en eût soustrait à la mort, non 137, mais seulement « 3 ou 4 ; quel est celui qui pourrait soutenir que ce chiffre très « limité de guérisons, ne suffit pas pour autoriser la thoracen- « tèse dans les cas que nous avons spécifiés ? »

Non-seulement dans les épanchements chroniques mais même dans la pleurésie aiguë, la thoracentèse a été exécutée avec avantage, comme il apert de plusieurs rapports présentés à l'Académie

(1) *Gaz. medica di Milano*, n° 20 ; 1845.

de médecine de Paris, par M. le professeur Trousseau, à propos de quatre guérisons qu'il a obtenues sur cinq malades qu'il a opérés (1). Et quoique nous ne pouvons, dans cette occasion, nous empêcher d'approuver en général les profondes réflexions du docteur *Gola* (2) sur les effusions pleurétiques dont on peut obtenir la guérison sans avoir recours à la thoracentèse, et sur les difficultés que cette opération peut rencontrer, quand le poumon a contracté des adhérences, toutefois l'analyse des faits, dont nous sommes redevables à *Trousseau*, nous donne la conviction que, voire même dans la pleurésie aiguë, quoique dans un très petit nombre de cas, l'indication et la convenance de l'opération chirurgicale, peuvent se présenter, d'autant plus que, d'après l'expérience de cet habile professeur, l'introduction de l'air n'est alors nuisible que quand elle est trop prolongée. — On doit raisonner de la même manière pour ce qui regarde les indications de la thoracentèse dans la consomption pulmonaire. Les grandes difficultés diagnostiques, pour s'assurer si les parois des cavernes adhèrent à celles du thorax ; les complications fâcheuses qui s'y associent, l'état grave du malade, (les effusions pyothoraciques survenant presque toujours dans la troisième période de la maladie), rendent alors plus incertain le succès de l'opération. Cependant, si l'on réfléchit : 1° à l'utilité et aux avantages heureux que plusieurs praticiens en ont retirés, comme nous l'avons dit ci-dessus ; 2° que parfois ces effusions procèdent de la rupture de petites cavernes, sans qu'il existe de lésions graves concomitantes dues au travail tuberculeux, comme l'ont vu *Andral* et *Townsend*; le premier desquels a rencontré que l'excavation, qui provenait de l'effusion, était plus petite qu'une noisette, et qu'il n'existait que cinq à six tubercules dans le poumon où elle s'était formée ; et le second, a eu occasion d'observer un cas singulier, dans lequel l'épanchement succéda à la rupture d'un seul tubercule qui s'était développé sous la plèvre, alors que tout le reste du poumon, ainsi que celui du côté opposé, étaient parfaitement sains ; 3° qu'il peut arriver que la dyspnée s'accroisse au point de menacer d'une suffocation imminente : en semblables circonstances, spécialement quand la seule question à résoudre est de savoir si l'on doit ou non laisser périr le malade, ou si l'on peut prolonger le terme de sa vie; nous sommes d'avis, avec *Casorati* et d'autres, que la thoracentèse est proposable et que le médecin ne doit nullement hésiter, encore que le soulagement ne pût être que temporaire ; sa

(1) Voir ses rapports à l'acad. de médecine de Paris ; an 1843, 1844 et 1845.
(2) Voir *Encyclop. cit.* pag. 3572.

conduite étant alors suffisamment justifiée par la prolongation obtenue des jours du malade et par la mitigation des souffrances atroces auxquelles il est en proie ; ce qui a fait croire au docteur *Houghton* (1) « que les moyens de l'art sont peu ou point efficaces « pour favoriser la guérison de cette cruelle maladie. » — Quoiqu'il en soit, comme dans toutes les extrémités semblables on implore le secours du médecin, celui-ci doit en conséquence être prêt à faire quelque chose, encore qu'il puisse être certain que la maladie finira par l'emporter sur tous les efforts humains. Il se présentera peu de cas dans lesquels, à l'aide de remèdes appropriés, on ne parvienne à suspendre ou à mitiger quelques symptômes qui aggravent les souffrances du malade. La science orgueilleuse peut se retirer en arrière vis-à-vis ce qui lui semble au-dessus de son empire ; mais le médecin a des instincts plus élevés, qui l'engagent à obéir à ses devoirs et à les accomplir ici, comme dans toute autre maladie désespérée, en tentant encore d'alléger les douleurs et les angoisses que la science lui enseigne de ne pouvoir entièrement faire disparaître. D'ailleurs, quand il est mû par de semblables motifs, il se trouve rarement dépourvu de moyens, et n'est jamais sans éprouver la satisfaction d'avoir songé à s'en servir. Ces sentiments nobles et pratiques sont entièrement applicables au but auquel nous tendons, d'autant plus qu'ils sont fondés sur ce que notre art a de plus logique et qu'ils s'accordent avec ces paroles de *Velpeau* : « L'ouverture du thorax, dans « la plupart des cas, n'est qu'un remède palliatif, mais quelque- « fois il est suffisant à procurer une guérison complète. » — Si jadis cette ouverture était fréquemment pratiquée sans nécessité, il nous semble aujourd'hui qu'on est retombé dans le défaut contraire et qu'on en rejette trop généralement l'usage.

Nonobstant la richesse, le nombre et la solidité de toutes ces raisons et de tous ces faits, j'espère qu'on ne trouvera pas superflus et inutiles les nouveaux arguments, relatifs aux besoins de la phthisie, que nous allons exposer, vu que, dans ces derniers temps, le docteur *Marsh* a fait, de cette opération une de ses spécialités chirurgicales à Londres, et nous avons été témoin, en compagnie du docteur *Billing*, d'une thoracentèse pratiquée dans le *London's Hospital*, chez un malade qui, se trouvant dans un état de suffocation imminente, parvint, en conséquence, à récupérer la santé.— On sait que le docteur *Bricheteau*, en 1840, opéra, à l'hôpital Necker, un malade chez lequel on avait constaté une vaste caverne dans la région sous-claviculaire droite. Ce praticien appliqua

(1) *Loc. cit.*, pag. 3589.

successivement plusieurs cautères sur l'endroit correspondant à cette caverne, puis il plongea dans la place ulcéreuse, approfondie autant que possible, un bistouri qui pénétra dans l'excavation d'où il sortit une matière purulente qui contenait des débris du parenchyme pulmonaire. La plaie se consolida et se cicatrisa, et bien que la caverne existât toujours, le malade se rétablit. Étant venu à mourir, neuf mois après, à la suite d'une péricardite, on rencontra, à l'ouverture du cadavre, la portion du poumon, où siégeait la caverne, rétractée et presqu'entièrement comblée par un récent travail de cicatrisation, qui consistait en reliefs formés de substances analogues au tissu cellulaire et au tissu cartilagineux. Au demeurant, la caverne était séparée du parenchyme sain, par un tissu parfaitement organisé et de nature cartilagineuse, ensorte que le malade se trouvait indubitablement en voie de guérison.

Le docteur *Hastings* qui proposa la même opération pour des vastes cavernes survenues à la suite de la fonte de tubercules, fut désapprouvée par la plupart des opérateurs qui fondaient leur opposition sur la difficulté du diagnostic, sur le siége précis des cavernes, et sur celle de pouvoir s'assurer si leurs parois avaient contracté des adhérences avec la face interne du thorax; condition indispensable pour la bonne réussite de l'opération. On objecta en outre que, même en supposant que la thoracentèse eût été pratiquée avec succès, on ne serait par là parvenu qu'à délivrer le malade d'une complication morbide. Néanmoins cette opération ne laisse pas d'avoir aujourd'hui des partisans, parmi lesquels on compte le docteur *Robinson* (1), qui admet la possibilité de la guérison par ce moyen et cherche à démontrer qu'on peut découvrir le siége des cavernes à l'aide du stéthoscope. Son procédé opératoire consiste dans une incision d'un pouce de longueur, comprenant la peau et le tissu cellulaire, au lieu d'élection, et à placer ensuite dans la plaie un morceau de potasse caustique jusqu'à ce qu'elle ait atteint le centre de la caverne. — Le docteur *Gilchrist*, invoquant l'autorité de *Baglivi*, conseille aussi la thoracentèse, et M. de *Bligny* (2) raconte le fait suivant : « Un individu, jugé « phthisique, se bat en duel, et reçoit un coup d'épée qui lui « perce la poitrine : la plaie sert d'émonctoire aux matières pu- « lentes de la tuberculisation, et le malade récupère la santé. » — Le professeur *Nasse* de Bonne, parmi le grand nombre de moyens que, depuis 40, il essaie pour guérir la phthisie, n'a pas omis

(1) *London med. gaz*; juin 1845.

(2) Cité par *Sales-Girons*, pag. 292.

d'avoir recours à cette opération, qui lui a réussi deux fois sur quatre (1). — Ainsi donc malgré quelques objections en partie justes, fondées et raisonnées contre les avantages de cette opération, il y a des faits concluants et frappants qui peuvent inviter à la tenter encore de nouveau.

L'ouvrage du docteur *Bureaud-Rioffrey* renferme deux observations fort précieuses qui tendent à démontrer toujours plus combien de voies peuvent s'ouvrir à la nature, et combien elle peut s'en frayer par elle-même, pour accomplir la résolution des maladies. Le docteur *F. Muller* rapporte qu'en 1840, un jeune garçon de 11 ans, atteint de consomption, fut saisi d'une dyspnée si violente qu'on craignait qu'il ne vint à succomber. A la fin du troisième mois de la maladie, il se manifesta, au-dessous de l'épaule gauche, une tumeur très-douloureuse, qui augmentait chaque jour davantage. Il y avait quinze jours qu'on y appliquait des cataplasmes, quand il se forma, dans sa partie antérieure, une ouverture, dans la direction de la quatrième côte, par où il sortit de la matière purulente; le malade se sentit soulagé et respira plus aisément. Au bout de 18 mois, cette ouverture, étant venue à se fermer, l'oppression et les crachats purulents se montrèrent de nouveau. Un autre mois après, la fistule thoracique s'ouvrit pour la seconde fois, et il s'en écoula une nouvelle matière floconneuse. Dès lors, cet écoulement se maintint pendant quatre ans consécutifs, jusqu'à ce que, le malade soumis à l'usage des eaux minérales ferrugineuses de Schwalbach, vint à se rétablir complétement. En dernier lieu, il fut visité par le docteur *Bureaud-Rioffrey* qui reconnut, du côté primitivement affecté, une dépression, présentant plusieurs pouces d'étendue de haut en bas, où l'auscultation faisait entendre un son amphorique; et quoique ce jeune homme ne puisse plus ni courir, ni monter sur les arbres, il se trouve bien sous les autres rapports.

L'histoire est remplie de faits semblables relatifs à des crises naturelles spontanées, et *Ramagde* cite le cas d'un enfant d'environ deux ans, qui, à la suite de toux et de pemphigus, éprouva un affaiblissement dans sa constitution et fut atteint de tubercules au sommet du poumon droit, qui finirent par s'ouvrir, et s'évacuer à travers un trajet fistuleux, au-dessous de la clavicule. Cet enfant ayant dû succomber, par la suite, à la cachexie trop avancée qui le minait, on trouva, dans le cadavre, beaucoup de tubercules dans les deux poumons, mais on rencontra en revanche que les parois d'une vaste caverne s'étaient rapprochées et réunies en-

(1) Cité par *Bureaud-Rioffrey*.

semble en plusieurs points ; preuve certaine que, si la constitution de l'enfant avait pu s'améliorer, il se serait rétabli de la maladie tuberculeuse dont il était affecté. — Le même auteur dit qu'il n'a jamais eu lieu d'observer aucun accident funeste à la suite de la paracentèse, toutes les fois que cette opération était bien indiquée, sauf le cas d'un emphysème, dans lequel il pratiqua l'opération chez un individu, âgé de 30 ans, qui présentait tous les caractères généraux et locaux d'une phthisie pulmonaire suppurée : « Le trois-quart, raconte-t-il, fut introduit entre la se-
« conde et la troisième côte, dans la direction d'une ligne per-
« pendiculaire au sein gauche. La ponction donna issue à un peu
« de matière purulente; mais mon but principal, en faisant cette
« opération, était d'effectuer, moyennant l'introduction de l'air
« dans la poitrine, une diminution de sa cavité et en même temps
« de favoriser l'expansion du lobe inférieur du même poumon. » — L'ouverture, après avoir été maintenue pendant dix jours, fut fermée. Le malade fut ensuite affecté d'un catarrhe pulmonaire du même côté : mais en moins de deux ans sa santé avait subi beaucoup d'amélioration, quoiqu'il fut encore atteint du même catarrhe. — L'un des exemples les plus remarquables de thoracentèse suivie de guérison est celui reproduit par le docteur *Bureaud-Rioffrey*, d'après la description qu'en donne le malade lui-même, médecin des environs de Genève. — Quoique ce fait regarde plutôt une suppuration de la poitrine consécutive à une gangrène pulmonaire, cependant comme il concerne un cas d'abcès, avec ouverture de la poitrine, terminé par la guérison, il offre tant d'intérêt, que nous croyons devoir le retracer ici d'une manière succincte.

Le 23 février 1833, ce médecin fut attaqué d'une violente pneumonie du côté gauche, accompagnée d'orthopnée. Au bout de deux jours ; expectoration de crachats entremêlés de fragments gros comme une noix, d'un gris noirâtre ; abattement extrême ; émaciation ; sueurs ; insomnie constante ; décubitus assis obligé. Quelques jours après, il survient une expectoration si copieuse que le malade rejetait environ deux litres de pus en douze heures de temps ; excrétion qui se suspendait ensuite pendant quelques heures de la journée, pour reparaître le lendemain, et ainsi de suite les jours suivants et dans la même proportion. Cet état de choses dura pendant quinze jours avec aggravation progressive. Ensuite l'expectoration vint à diminuer, il se manifesta une tuméfaction entre la sixième et la septième côte, aux environs de leur grande courbure. Plus tard, on y constata une fluctuation évidente qui ne laissait aucun doute sur l'existence d'un foyer inté-

rieur auquel il fallait ouvrir une issue au dehors. Mais l'état général était très mauvais. Néanmoins ce médecin prit la résolution de s'appliquer un morceau de potasse caustique sur la partie la plus confluente de la tumeur et sur une surface de deux pouces. Le lendemain l'escharre ayant été ouverte par une incision, il en sortit environ un litre de pus jaune, fétide et épais. Pour chercher à reconnaître l'étendue de la cavité qu'il occupait, il expérimenta que, en s'efforçant d'exécuter des mouvements alternatifs d'inspiration et d'expiration, pendant qu'il tenait la bouche et le nez fermés, le courant d'air qu'il faisait sortir de la plaie avait tant de véhémence qu'il éteignait la flamme d'une bougie. Dès lors le pus s'écoula encore pendant quelque temps, en diminuant toutefois de quantité, peu à peu, chaque jour. Six semaines après, la plaie était presqu'entièrement cicatrisée, mais en même temps il survint une nouvelle exacerbation de la dyspnée et de la toux. En somme, cette maladie dura presque deux ans, c'est-à-dire jusqu'à la fin de 1834. — En 1845, ce médecin se fit ausculter par un de ses collègues qui rencontra le poumon droit en bon état et le gauche presqu'entièrement détruit. A propos de cette destruction, il ajoute : « Pour moi, je ne m'aperçois de cette perte que dans le « cas que j'ai cité plus haut (1), et quelquefois il me semble que « tout ce côté est de bois. »

De si lumineux exemples confirment la conclusion que nous avons précédemment formulée que la thoracentèse, quoiqu'elle soit une opération, au jugement des plus habiles praticiens, fort dangereuse, difficile et parfois même encore téméraire, parce qu'on peut rarement parvenir à la précision diagnostique nécessaire pour appliquer sûrement le caustique sur la caverne, et que le plus ordinairement le principal obstacle à la guérison consiste dans la sécrétion tuberculeuse incessante fomentée par la diathèse. Néanmoins les faits précités et les autorités qui les appuient nous déterminent à reconnaître l'utilité de cette opération dans les cas d'une suffocation imminente du malade, ou, quand on peut, avec une exactitude rigoureuse, découvrir le siége précis du dépôt purulent, comme, par exemple, la chose était manifeste dans le dernier cas que nous avons mentionné. Aussi, nous semble-t-il, qu'on pourrait encore rattacher aux occurrences qui se présentent dans la phthisie, comme pouvant servir de guide à la con-

(1) Les souffrances rapportées au côté droit du corps, auxquelles il fait allusion, étaient des troubles dans la respiration occasionnés par les mouvements violents des bras ou par une marche précipitée, tandis que cette fonction s'exécutait plus librement lorsqu'il était couché au lit sur le côté gauche.

duite pratique du médecin, la sentence suivante des auteurs du *Compendium de médecine pratique :* « La thoracentèse qui, par « elle même, est sans danger, doit donc être dirigée contre le « symptôme qu'on appelle hydrothorax ou empyême, quelle que « soit la cause de l'épanchement, toutes les fois que cet épan- « chement aura résisté aux moyens propres à faciliter son ab- « sorption, et que la vie ne sera pas immédiatement compromise « par une complication. »

Maintenant que nous avons traité ce sujet d'une manière assez diffuse, il nous resterait à dire quelque chose du diagnostic qui, à cause des controverses qu'il a soulevées et des difficultés qu'il présente, exigerait que nous eussions recours aux faits et au raisonnement pour pouvoir l'éclairer. Mais comme nous avons déjà précédemment jeté un coup d'œil sur les symptômes de l'hydropneumothorax et que cet argument est tout à fait chirurgical; outre que l'opportunité du procédé opératoire, et l'endroit où il doit être exécuté, dépendent entièrement du *criterium* et de la responsabilité de l'opérateur, nous nous bornerons ici à rappeler que sont abondamment riches en éléments diagnostiques les mémoires, que nous avons cités avec *éloge*, de *Roe*, de *Agostini* et de *Gola*. Nous ferons seulement observer que les principaux caractères diagnostiques de l'empyême consistent dans la matité à la percussion thoracique; dans l'absence du frémissement vibratoire produit par la voix, qu'on entend plus facilement du côté sain; dans l'inaction et la proéminence des muscles et des espaces intercostaux avec dilatation générale du côté affecté et dépression ou abaissement de l'épaule ; dans le décubitus sur le dos ou sur le côté affecté ; dans une dyspnée violente; dans un sentiment de suffocation imminente; dans un épanchement qui outre-passe la ligne médiane ; dans un déplacement du cœur et des viscères environnants ; dans une fluctuation qui s'étend jusqu'aux hypocondres, par suite de la convexité insolite du diaphragme comprimé ; dans une respiration bronchique ou presque nulle ; dans un pouls fréquent, petit et concentré ; dans une face anxieuse et dans une tendance aux hypothimies. — Mais c'est sur l'ensemble des signes que repose l'indication; car, comme le dit *Agostini* : « il serait plus qu'incertain, extrêmement dangereux d'accorder « une confiance excessive, de donner une valeur absolue et déci- « sive à chacun de ces signes en particulier ; et cela devrait sur- « tout s'appliquer à la dyspnée, au décubitus du malade et à la « circonférence augmentée du thorax du côté affecté. »

LICHEN, PHELLANDRIUM AQUATICUM, SEL COMMUN OU CHLORURE DE SODIUM, ET QUINQUINA.

Quoique chacun des médicaments que nous allons maintenant passer en revue ait eu des partisans passionnés, cependant ces éloges, soumis au creuset de l'analyse raisonnée et à l'épreuve de l'expérience, nous donnent pour résultat que si l'un d'eux peut, dans de certains cas, conjointement avec d'autres agents ou avec la nature médicatrice, produire quelqu'avantage, en maxime générale on doit convenir que leur action, tant dynamique qu'élective, n'est pas telle à pouvoir combattre et vaincre la gravité et la violence de la phthisie. En tout temps on a considéré le lichen des Islandais et des Groënlandais comme utile contre cette maladie. Après que ces peuples eurent appris aux médecins le cas qu'ils devaient en faire, l'usage s'en répandit, jusqu'à ce qu'il tomba en oubli, comme il arrive ordinairement à tous les remèdes trop préconisés. Toutefois, il y a encore beaucoup de praticiens qui continuent à prescrire le lichen, sans autre prétention que de soutenir les forces des phthisiques ; car tout le monde sait que les habitants de l'Islande s'en nourrissent, en font même du pain, et que Berzelius en a retiré par l'analyse 44 % de fécule. Quant à ses propriétés médicinales, elles dépendent de son principe amer, légèrement cathartique (d'où lui est venu le nom de mousse cathartique), que souvent on a coutume de rejeter, quand on le prescrit. Le professeur *Giacomini* (*op. cit.* tom. 3, pag. 355) a reconnu que ce principe était un agent pharmaceutique très puissant, comme hyposthénisant, vasculaire et comme coadjuvant à la cure.

Pour ce qui est de la manie de quelques médecins de nourrir beaucoup les phthisiques, le professeur que nous venons de citer répondra pour nous une fois pour toutes. « On dira que des mil-
« liers de poitrinaires très chétifs ont éprouvé, moyennant le
« lichen d'Islande une amélioration notable, et qu'il y en a eu
« même parmi eux qui ont engraissé notablement. Je répondrai
« que pour nourrir un phthisique, il ne suffit pas de lui donner
« à manger ; il faut aussi le délivrer autant que possible de la
« condition morbide qui empêche la nutrition ; il faut, si cela se
« peut, rétablir dans l'état normal les extrémités vasculaires, afin
« qu'elles puissent exercer leur activité naturelle. Sans cela, il
« n'y a ni gelées, ni mucilages, ni bouillons, ni osmazome qui
« puissent engraisser ; malheur à celui qui songerait à remédier à
« cette émaciation en surchargeant l'estomac de substances vrai-
« ment nutritives ; il n'en résulterait qu'un surcroît progressif
« d'amaigrissement. » On voit d'après cela qu'entre l'action de

mettre l'aliment dans la bouche et celle de nourrir, il y a quelque chose qui appartient à une philosophie plus sublime que celle que professent les médecins qui trouvent convenable d'administrer des nutritifs pour parer à la consomption; des calmants et des expectorants pour rendre la toux moins pénible; des somnifères pour faire reposer et dormir, etc.

Les *semences de phellandrium* ont été fort recommandées dans la phthisie pituiteuse par les médecins allemands. *Langius* ne connaissait rien de préférable à leur décoction *Etsntling* et *Stern*, cités par *Sales-Girons* (*op. cit.* pag. 338) font beaucoup de cas de ces semences, à cause de leur grande efficacité contre les ulcères chroniques des poumons, etc. — *Behrends* a écrit un volume pour en faire connaître leur vertu dans la phthisie. *Comson*, médecin danois, prétend qu'elles agissent sur les poumons, tout à la fois comme calmants et comme expectorants, bien qu'il avoue cependant qu'elles ne sont pas douées de la propriété de guérir la véritable phthisie; mais elles réussissent, d'autant plus certainement, selon lui, à alléger les symptômes principaux, tels que la toux et l'expectoration. — *Hufeland* enseigne que cette semence convient, en l'associant au lichen d'Islande, dans la phthisie chronique catarrhale, comme moyen prophylactique et curatif. Le docteur *Guthran* (*Gaz. des hôpitaux*, 1845, pag. 268), pense que le *phellandrium* est un agent thérapeutique précieux dans les phthisies chroniques accompagnées d'une surexcitabilité de la muqueuse et d'une sécrétion catarrhale copieuse, et que cette action dépend d'un principe narcotique analogue à l'opium qui y est contenu. Toutefois il regarde en définitive ce médicament comme seulement palliatif dans les lésions organiques et tuberculeuses des poumons. Le professeur *Sachero* lui attribue une semblable action ; il croit que les semences de *phellandrium aquaticum*, ont été spécialement utiles dans la bronchite chronique, et même dans la phthisie, en modérant les sécrétions bronchiques fomentées par la matière tuberculeuse. Mais un cas remarquable, plutôt exceptionnel que fréquent, de sa puissante efficacité, est celui qu'a fait insérer dans un de ses *prospectus cliniques* du grand hôpital des SS. Maurice et Lazare M. le professeur *Bertini* (*Repert. med. chir.* 1827, pag. 165). *Andreis*, considéré comme phthisique au troisième degré et présentant une expectoration très abondante de crachats purulents et striés de sang, des sueurs copieuses, une haleine fétide, une émaciation considérable avec dépilation et diarrhée; se trouvait dans le plus misérable état de consomption, quand le médecin, prévenu en faveur du *Phellandrium aquaticum* qu'il avait donné avec avantage dans

des affections analogues, commença à administrer ce médicament; d'abord à la dose d'un scrupule. Cette dose fut, par degrés, augmentée et portée jusqu'à une drachme et demie dans les 24 heures, et de telle manière que le malade en prit 23 drachmes dans l'espace de 35 jours. — Le docteur *Bertini* nous apprend que, sous l'usage de ce remède, la toux, l'expectoration, la diarrhée et tous les autres symptômes morbides, diminuèrent peu à peu, puis disparurent; l'appétit revint; toutes les fonctions organiques se rétablirent normalement, et dans les premiers jours de février le malade quitta l'hôpital bien portant et un peu engraissé, au grand étonnement de tout le monde.

Parmi les autres auteurs italiens qui ont parlé du *phellandrium*, nous croyons devoir mentionner le docteur *Freddi* (1) qui l'a employé avec beaucoup de succès dans une phthisie commençante. En outre, il est parvenu à guérir radicalement une pyurie, ainsi que deux phthisies au premier degré, dépendantes d'une diathèse sténique, au moyen de ce médicament.

Je faisais, les années précédentes, un fréquent usage de cet agent pharmaceutique, et les résultats que j'en ai obtenus sont conformes à ceux des principaux auteurs précités, c'est-à-dire qu'ils tendent à démontrer qu'il exerce une action calmante semi-narcotique, (on sait que le *phellandrium* est aussi connu sous le nom de *ciguë aquatique*), palliative, propre à diminuer l'abondance des crachats et la surexcitabilité de la muqueuse bronchique, sans produire, en règle générale, une action directe et assez puissante, sur les lésions organiques causées par le travail tuberculeux. — Que dirons-nous du *sel de cuisine?* Son action dynamique ou chimico-vitale pourra-t-elle être capable de changer une constitution morbide et de corriger une condition organique déjà créée, grave et presque toujours généralisée, comme cela est ordinaire dans la phthisie? Quoiqu'il en soit, la science doit être reconnaissante envers *Amédée Latour* (2), dont les observations tendent à prouver, si pas autre chose, qu'on peut administrer le muriate de soude aux phthisiques sans inconvénient, et quelquefois même avec un avantage indubitable. Cette méthode curative fort simple consiste à faire prendre ce sel, pendant deux ou trois mois consécutifs, à doses croissantes de 2 à 3 grammes par jour, soit dans des bouillons gras, soit dans du pain, en favorisant son action par un régime succulent et par des boissons amères. Selon le docteur *Latour* ce sel contribuerait à exciter l'ap-

(1) *Dizion. di med. interna ed esterna.* tom. XII, pag. 275.
(2) *Traitement préservatif et curatif de la phthisie,* Paris; 1840.

pétit et le manger, et rétablirait les malades. « L'appétit, dit-il, « est d'abord influencé d'une manière notable ; les malades sen- « tent le besoin de manger plus souvent. Par l'effet d'une nour- « riture plus abondante, les grandes fonctions physiologiques « sont nécessairement modifiées, la nutrition s'opère mieux, les « forces reviennent ; les sueurs nocturnes, si elles existaient, di- « minuent ; le mouvement fébrile se ralentit et disparaît. Deux « mois et demi de l'usage de chlorure de sodium, à doses pro- « gressives, ont presque toujours suffi pour arriver à ce ré- « sultat. »

Voilà une des méthodes les plus agréables et les plus confortables qu'il en fut jamais. Le beau de l'affaire c'est que l'auteur s'appuie d'observations pratiques et de malades guéris probablement, suivant lui, de vastes cavernes et qui recouvrèrent promptement la santé. Il expose en quelques lignes plusieurs de ces faits. Maintenant que nous avons cité des témoignages de guérison obtenue par presque toute espèce de méthode et de médicament, nous ne savons guère comment nous pourrons remplir l'engagement que nous avons pris de suggérer la meilleure, la plus efficace, la plus rationnelle des méthodes curatives. — Ce ne sera pas certainement le sel de cuisine auquel nous donnerons la préférence sur tous les autres agents pharmaceutiques, pour le recommander. — Au demeurant, les moyens dont se sert parfois la nature dans ses opérations sont si diversifiés et les constitutions individuelles ainsi que les idiosyncrasies des malades sont également si variées que, à notre grande surprise, nous avons été témoin, dans notre jeunesse, de la guérison d'un de nos amis qui présentait toutes les apparences extérieures d'une phthisie congénitale, avec toux véhémente, marasme, fièvre hectique et hémoptysie ; lequel, s'étant mis, comme par instinct, à se nourrir exclusivement d'anchois, et ayant abandonné l'usage de toute espèce de médicament ; se rétablit en parfaite santé, au bout de trois mois. Mais ce malade, loin de manger copieusement, résista au contraire, presque toujours, à toute appétence d'aliment, à l'exception de ses délicieux anchois qu'il ingérait en grande quantité, et quelquefois jusqu'à plus d'une livre par jour.

Pour en revenir à l'usage pratique général du sel marin dans la phthisie, nous répéterons que, dans certains tempéraments ou dans des idiosyncrasies tout à fait particulières ; et aussi eu égard à la grande influence qu'il exerce sur la masse ou sur la crâse du sang, et par son action dynamique plus déprimante qu'excitante ou stimulante ; non-seulement il ne peut préjudicier dans la tuberculisation, comme quelques-uns l'avaient pensé, mais il peut, au

contraire, agir utilement comme auxiliaire dans quelque traitement curatif et dans certaines individualités spéciales.

DU QUINQUINA.

Nous avons déjà signalé combien *Morton* comptait sur l'écorce de Pérou dans les cas désespérés, et comment il est parvenu à prolonger, pendant plus d'un an, la vie à des poitrinaires réduits à la dernière extrémité à l'aide de ce médicament qu'il regardait comme une antidote *herculéen* contre l'hémoptysie: « Hujus verò Hæmoptoës *Herculea* antidotus est *cortex peruvianus*: cujus egregias vires in præsentis febrilis effervescentiæ « sanguinis extinctionem atque in futuræ recidivationis præcautionem semper cum felicissimo successu expertus sum, quotiescunque scilicet eum in hunc usum applicui. Et sicuti præsentem Hæmoptoën citò et tutò sistit, et futuram etiam prævenit; « ita hæmoptoën hoc modo curatam nunquam in phthisin terminari vidi. » Bien entendu que ce grand praticien, dans le traitement de l'hémoptysie, commençait d'abord par la saignée, et n'en venait au quinquina que *post Phlebotomiam repetitam*; ajoutant: « Quoties tamen præsens sanguinis orgasmus. . . . . ita « domatur, ut locus opportunus exhibitioni corticis detur, ad « flammam febrilem penitùs extinguendam etc., etc., » puisque sa grande expérience lui avait appris que dans ces hémoptysies habituelles, si facilement funestes, les émissions sanguines servaient seulement à diminuer l'organe phlogistique, en laissant subsister une prédisposition à une récidive, qu'il désigne sous le nom de *flamma hectica*, alimentée ou entretenue *à statu sanguinis inordinato ac hectico*. Or, c'est contre cette dernière condition ou prédisposition morbide qu'il croyait l'écorce de Pérou si efficace.

Mead recourait avec fruit à la même substance, ainsi que *Van Swieten* qui en confirmait la puissance. *Metternich* la donna à très haute dose, et *Pringle* (cité par le professeur *Giacomini*) précéda les italiens dans l'explication de son véritable mode d'agir, en nous apprenant, dans ses écrits, qu'il craignait d'abord de l'employer, à cause de son action prétendue excitante dans ces temps-là; mais que, par la suite, il y recourait fort souvent, n'ayant jamais observé que le quinquina eût augmenté la chaleur et la difficulté de respirer.

Roques, *Chleykorn* et d'autres lui reconnurent une grande efficacité contre les sueurs nocturnes. *Whytt*, atteint d'une maladie chronique de poitrine, et qui se trouvait dans un état presque désespéré, dit être redevable au quinquina de la consolidation de

ses poumons. Dans ces derniers temps on lui a préféré la quinine comme étant, comparée au premier, exempte de quelques inconvénients qui doivent être pris en considération dans le cas de phthisie.

Magendie donna la quinine pour arrêter les sueurs des phthisiques, et *Gunther* (*Annal. univ. di med.* 1830) l'employa avec succès, associée à la digitale. Si ce n'est que parmi les nombreux services que *Giacomini* a rendus à la science, on doit tenir compte de l'analyse exacte et réellement philosophique qu'il a faite de l'histoire thérapeutique de l'écorce du Pérou et de ses préparations en dégageant la vérité de l'erreur au moyen d'expérimentations convaincantes instituées sur lui-même, sur les animaux vivants et chez l'homme ; et en en déterminant positivement l'action non excitante, mais élective, et plutôt déprimante que stimulante, comme il a été depuis, en dernier lieu, reconnu par les médecins de tous les pays, d'après l'utilité qu'on retire de ce médicament dans les artrites aiguës, dans quelques affections cardiaques, etc., etc. Il en a fait l'éloge qu'il mérite, mais avec cette restriction et cette modération qui convenaient à un clinicien si distingué, comme il apert de ce qu'il en a dit (1) : « Depuis « nombre d'années on traite chez nous, avec succès, au moyen « du sulfate ou du citrate de quinine, les mêmes maladies que « d'autres médecins, guidés par la maxime sommaire générale- « ment admise, prennent pour des cas de phthisie. Nous pouvons « assurer avoir rendu la santé à plusieurs de ces individus dé- « charnés, lesquels, avec une toux presque continuelle, avec une « abondante expectoration puriforme et une fièvre vespertine, « n'étaient cependant pas phthisiques, quoi qu'ils le parussent, « mais affectés d'une artéro-bronchite qui n'était pas encore « passée à une altération locale de texture. Et, chez d'autres, où « la santé ne put être complétement rétablie, à cause de leurs « trop malheureuses tendances d'hérédité, d'organisation ou de « disposition morbide très prononcée, nous affirmons être par- « venu, à l'aide du quinquina, à calmer pendant longtemps la « fièvre, la toux et l'expectoration et à tenir éloignée, durant « plusieurs mois et quelques années, cette désorganisation du « viscère contre laquelle la pharmacie n'a pas de baume. Enfin, « même alors que la fatale lésion pulmonaire permanente, con- « sistant soit en ulcération, soit en suppuration, soit en tubercu- « lisation ou en plusieurs de ces terminaisons, est survenue, nous « certifions encore avoir obtenu du quinquina le soulagement

(1) *Annal. univ. di med.* 1830.

« le plus grand ou le moins trompeur, en calmant la toux, en « modérant la sueur, en procurant le sommeil. » (1).

Le docteur *Zappoli* (2) lisait, en 1846, à la société médico-chirurgicale de Bologne, l'histoire d'une tuberculisation pulmonaire suivie d'une hydropisie ascite, et parvenue à une heureuse terminaison, grâce, en grande partie, selon lui, au sulfate de quinine mêlé avec de l'acide sulfurique, c'est-à-dire à la mixture de *Confani*. Voici l'observation : Françoise Berti, âgée de 22 ans, offrant une habitude scrofuleuse, avec poitrine étroite et déprimée, et engorgement de quelques glandes lymphatiques, fut affectée de pleuro-pneumonie. Cette phlegmasie ayant été domptée, mais non vaincue, les phénomènes pneumoniques reparurent avec leur première intensité, et avec l'hémoptysie, le tout procédant en guise d'incendie, à cause de la prédominance de l'élément inflammatoire qui envahissait violemment les organes respiratoires au point de menacer l'existence. Moyennant de nombreuses soustractions sanguines, la maladie perdit de son extrême acuité, mais laissant malheureusement la fatale certitude, ajoute le docteur *Zappoli*, de la présence des tubercules dans les poumons, attestée, suivant lui, par l'hémoptysie, par l'habitude scrofuleuse, par la toux violente, par la diminution du murmure respiratoire au-dessous des clavicules, par les sueurs copieuses, et enfin par la respiration caverneuse et la pectoriloquie. Après avoir administré inutilement plusieurs remèdes qu'on a coutume d'employer en semblables cas, il voulut que la malade prit une nourriture plus substantielle.

Tout en nous ralliant avec l'auteur sur le travail générateur non inflammatoire de la phthisie, nous ne pouvons être de son avis sur le *processus* de diminution et de spoliation constituant cette maladie, qui l'engageait à prescrire à la Berti un régime nutritif, tandis qu'il recourait à de nombreuses saignées ; car, en admettant même l'absence de la phlogose dans la maladie dont il est question, nous avons suffisamment expliqué les inconvénients d'une nutrition intempestive dans tous les états morbides en général. La plus ancienne maxime de médecine, outre la sentence d'*Hippocrate* que nous avons rappelée ailleurs, était celle qui était écrite sus le frontispice du temple d'Esculape : *ægrotos fame enecato*. J'ajoute encore qu'il est généralement reconnu que c'est le *processus* organique et non l'assimilation organique ou la nutri-

(1) *Op. cit.* tom. 3, pag. 278.

(2) *Bullettino delle scienze mediche di Bologna.* Fascicoli di agosto e settembre, 1846.

tion déficientes qui accélèrent la mort des malades. Par là, cependant, nous n'entendons pas qu'on doive priver de nourriture les malades mais nous désirons seulement qu'on les soumette à la diète restreinte que requièrent leur état individuel, la nature et la durée de la maladie. (Relativement à cette diète on peut consulter *Giacomini.*) En attendant, le docteur *Zappoli* continue à dire qu'il fut obligé d'en venir, à plusieurs reprises, à la saignée, pour que la malade respirât. Ensuite, et après plus de quatre mois de maladie, il ordonna le sulfate de quinine à la dose de *deux grains, avec deux gouttes d'acide sulfurique, dissous dans quatre onces d'eau distillée.* — Qui le croirait? Après une si petite dose et avec une si petite quantité de médicament et en si peu de temps, cette malade serait guérie! Mais écoutons l'auteur. « Après la première « prise, l'accès fébrile fut sensiblement dompté, et la même chose « eut lieu les jours suivants. La toux devint plus calme et tous les « symptômes de localité se suspendirent à mesure qu'on conti- « nuait l'usage de l'excellent remède. » C'est bien avec raison que *Valoriani, Belletti, Gajani* et *Gozzi* appelaient merveilleuse cette mixture, puisque vingt jours après son administration, la fièvre étant tout à fait vaincue, la malade se trouvait guérie. Si nous nous mettons à envisager ce qui a précédé la maladie, succédant à une pneumonie non vaincue; la rapidité de sa cessation à la suite d'abondantes soustractions de sang, et l'hydropisie consécutive qui, suivant *Schneller*, est en antagonisme avec la tuberculisation (1), il nous semble que la Berti était plutôt atteinte de pulmonite chronique. — Le docteur *Faes* a publié, dans le courant de la présente année, deux observations de phthisies guéries (2) par les préparations de quinquina. Dans la première observation il s'agit d'une dame de 26 ans, d'un tempérament lymphatique qui, depuis son adolescence, était affligée d'une toux profonde et sonore, devenue dès lors plus incommode, et à laquelle étaient venues se joindre des sueurs nocturnes suivies d'accès de fièvre ardente, de crachats suspects et de matité du côté droit de la poitrine. Ce groupe imposant de symptômes, ayant été d'abord traité par quelques déplétions sanguines et par le tartre stibié, sans grand avantage, on en vint au citrate de quinine, alors qu'une matière fétide, d'apparence tuberculeuse, s'étant frayée une voie dans les cavaux bronchiques, on ne pouvait douter, suivant lui, qu'il s'agissait d'une phthisie pulmonaire au troisième degré. Sous l'influence de la quinine, la fièvre de consomption s'arrêta,

(1) V. *Annali univ. di medicina*; guigno, 1846.

(2) *Giornale Euganeo*, quaderno 1°, 1847, pag. 78.

et les souffrances thoraciques diminuèrent. En continuant toujours l'usage du même agent pharmaceutique, la fièvre et les symptômes pulmonaires s'évanouirent, et les os, qui paraissaient réduits à l'état squelétique, se couvrirent de nouveau de chairs. Quant à la quantité d'alcaloïde consommée par la dame, le docteur *Faes* se borne à dire que la quantité en fut extraordinaire. — Dans la seconde observation , il est question d'un jeune chevalier, ayant une excellente constitution, né de parents sains, qui avait auparavant été atteint d'une pleuro-hépatite très aiguë, laquelle n'ayant pu être entièrement vaincue, fut suivie de fièvre continue, avec exacerbations notables de la toux et difficulté de respirer qui s'aggravaient de plus en plus, et avec peau sèche, collée aux os ; pouls accéléré et petit ; chaleur cutanée brûlante ; toux fréquente et toujours sèche ; coucher en supination ; haleine fétide, etc. La poitrine résonnait dans toute son étendue, sauf à la base du thorax droit, où la percussion rendait un son tout à fait mat. La consomption marchait à grands pas et on avait lieu de croire qu'il s'était formé une suppuration. Pour exclure les soupçons, fondés jusqu'ici, que la maladie fût une pneumonie, comme il nous semble, plutôt qu'une affection tuberculeuse, l'auteur ajoute que les signes stéthoscopiques résolurent le doute que l'on avait sur l'existence de tubercules. Le fait est que la fièvre continuait avec violence, ajoute-t-il, et que le poumon se résolvait en matière purulente avec la rapidité de la phthisie *florida* et *amatoria* des nosologistes ; et ni les déplétions sanguines, ni la quinine ne parvenaient à se rendre maître de l'incendie. Malgré cela, plein de confiance dans la vertu du quinquina et de ses préparations, le docteur *Faes* en administra la décoction et donna des pilules de quinine à fortes doses. Sous l'influence de cette médication courageuse et constante, dit-il, le *processus* morbide local perdait de sa force ; en même temps la fièvre se calmait, et, au bout de quatre mois de maladie continuée sans relâche, l'amélioration se montrait et progressait, jusqu'à ce qu'il eut la *nobile compiacenza*, la noble complaisance, d'avoir coopéré efficacement à la guérison du malade ; — lequel prit dans le courant de deux mois environ, plus de 500 grains de quinine et plus de 30 onces d'écorce de quinquina en décoction.

D'après ce qui précède, et guidé par la saine logique et par les caractères assignés à la véritable tuberculisation, nous croyons être autorisé à conclure que ce dernier cas était plutôt une pneumonie passée à la suppuration. En effet, la violence de la maladie, la luxuriante manière de vivre que suivait auparavant le sujet de l'observation, le siége de l'affection à la partie inférieure du viscère, tout

concourt à confirmer la vérité de notre opinion. — Mais, sur ce point, nous ne sommes pas beaucoup en désaccord avec le docteur *Faes*, attendu qu'il fait consister toute espèce de phthisie en une maladie des extrémités capillaires artérielles du poumon, primitive ou secondaire à une maladie congénère du système artériel général. Par contre, le docteur *Fantonetti*, dans sa traduction de l'ouvrage de *Lepelletier*, blâmant les médecins qui, dans la phthisie pulmonaire ne savent employer d'autres remèdes que les préparations de quinquina contre la fièvre vespertine et la faiblesse générale, émet une opinion différente. Nous avons suivi, dit-il, la pratique de deux médecins, dont l'un, attaché à un hôpital célèbre, traitait la phthisie par la décoction de quinquina et nous n'en avons pas vu résulter une seule fois quelque chose de bon, pas même un allégement dans les symptômes. En sorte qu'il nous sembla, ou qu'il ne produisait rien du tout, et que, partant, il valait mieux recourir à un remède plus certain ; ou que d'autres fois, il faisait plus de mal. — D'après cela nous ne serions pas disposé à souscrire à l'usage du quinquina dans la phthisie pulmonaire.

Il résulte finalement des considérations dans lesquelles nous sommes entrés et des faits que nous avons mentionnés que les préparations de quinquina, par leur action élective sur le système vasculaire, sont d'un très grand avantage dans le traitement des fièvres hectiques consomptives, sans pourtant leur attribuer, d'une manière générale, la puissance de guérir par elles-mêmes la phthisie. Nous avons déjà avancé ailleurs que la quinine, jointe à la digitale, devient beaucoup plus active et plus utile, et nous verrons bientôt qu'elle remplit un semblable office, et peut-être plus important, lorsqu'on l'associe aux préparations de seigle ergoté, dont nous allons parler. (*La suite à un prochain numéro.*)

ESSAI SUR L'ANATOMIE ET LA PHYSIOLOGIE DES PARTIES CONSTITUANTES DE L'APPAREIL OPTIQUE, OU ORGANISATION DE L'OEIL ET DE SES ANNEXES ;

par P.-J. Vallez, docteur en médecine, chirurgie, accouchements ; maître-oculiste, à Bruxelles.

Suite : *voir* le n° de novembre 1851, p. 168.

Article II.

Nerfs optiques.

(Nerfs de sensation spéciale).

Les nerfs de la deuxième paire crânienne sont les plus considérables de l'œil.

Indépendamment de leur névrilème, ces nerfs sont enveloppés d'un prolongement de la dure-mère, jusqu'à la partie postérieure de l'œil.

Origine. Les anatomistes ont beaucoup discuté sur cette origine, et aujourd'hui l'on sait positivement que les nerfs optiques ont une double provenance, qu'ils communiquent avec la moëlle allongée, d'abord par un filet qui remonte des tubercules quadrijumeaux postérieurs (nates et testes) jusqu'à un petit renflement grisâtre nommé *corps genouillé interne*; en second lieu, par un autre filet qui provient de la lame superficielle de la couche optique, et qui se termine également à un petit renflement placé en dehors du précédent, et qu'on nomme *corps genouillé externe.*

Comme l'a fort bien demontré Tiedmann, cette double origine n'existe pas avant les six premiers mois de la vie intra-utérine.

Les nerfs optiques, après être partis séparément du lieu de leur naissance, parcourent un assez long trajet, puis se séparent de nouveau sans se subdiviser, sortent du crâne, entrent par les trous optiques pour se rendre chacun à l'œil correspondant. Ces nerfs percent l'organe visuel par de nombreux filaments, dans la partie postérieure, non à son centre, mais plus vers le nez. Les nerfs optiques sont flexueux, cylindriques ou poreux et très-élastiques; de là, la possibilité des exophthalmies et des luxations traumatiques de l'œil, la réintégration de cet organe dans sa place, et la reprise de ses fonctions aussitôt la cause enlevée.

Fonctions. Les nerfs optiques sont entièrement indépendants des autres nerfs, et ont reçu ce nom parce qu'ils sont chargés exclusivement de la vision.

Nul autre nerf ne peut les suppléer dans leurs fonctions. Ces nerfs, comme l'on sait, livrent passage ou servent de tube à l'artère et à la veine centrale de la rétine venant de la cérébrale antérieure. Un filet du ganglion ophthalmique (nerf ciliaire) accompagne parfois l'artère susmentionnée.

Terminaisons. Les nerfs de la deuxième paire cérébrale s'épanouissent en membrane nommée rétine, laquelle se termine aux procès ciliaires et non au-delà.

Entrecroisement. Quant aux diverses opinions émises sur le mode de jonctions des nerfs optiques, aucune jusqu'à ce jour n'a satisfait pleinement les anatomistes. Les uns en font un entrecroisement; d'autres, une juxta-position complète ou partielle. Vésale a vu les nerfs

optiques non réuni s sur la ligne médiane. Haller les a vus manquer chez l'homme, en partie ou totalement.

Quoiqu'il en soit, il n'est pas possible jusqu'à présent de saisir les relations qui existent entre cette disposition anatomique et la fonction visuelle. (Longet.)

Généralités. M. Magendie a trouvé que les nerfs optiques étaient insensibles aux irritations mécaniques.

Enfin, les nerfs optiques peuvent s'atrophier dans une partie seulement de leur étendue, ou bien s'atrophier totalement et même s'ossifier. (Lelut.)

Article III.

Nerf moteur oculaire commun.

(Nerf du mouvement).

Ce nerf naît avec son congénère, de la partie interne des prolongements crâniens antérieurs de la protubérance cérébrale, entre cette éminence et les tubercules mamillaires. Il chemine obliquement en avant et en dehors, arrivé à la tente du cervelet, il conserve la même direction, et entre dans un canal membraneux qui l'entoure jusqu'à la fente sphénoïdale, où il se partage en deux rameaux avant d'y pénétrer. Ces deux rameaux entrent dans l'orbite par la fente sphénoïdale, sans s'anastomoser.

1° L'*un supérieur*, se rend à la face inférieure du muscle droit supérieur de l'œil (élévateur), et se subdivise en ramuscules divergents qui se perdent dans l'épaisseur de ce muscle, dans l'élévateur de la paupière et dans une partie du muscle orbiculaire.

2° L'*autre inférieur*, se divise à son tour en trois ramuscules.

A. L'interne, s'épanouit dans le muscle droit interne (adducteur).

B. Le moyen, se distribue dans le muscle droit inférieur (abaisseur).

C. L'externe, communique par anastomose avec le ganglion ophthalmique, ensuite il cotoie seulement le bord externe du muscle droit inférieur, et va se perdre dans l'épaisseur du muscle petit oblique (petit rotateur).

En résumé : Le nerf moteur oculaire commun se distribue à presque tous les muscles de l'œil ; il fournit la racine motrice du ganglion ophthalmique qui constitue les filets ciliaires. Il communique soit avec le ganglion cervical supérieur, soit avec son rameau carotidien, avec

une partie du trijumeau, la branche ophthalmique et même parfois avec le moteur oculaire externe.

Fonctions. La troisième paire préside aux mouvements de la membrane iris, par l'intermédiaire du ganglion ophthalmique, et règle les contractions des muscles qui reçoivent de ses rameaux.

Article IV.

Nerf pathétique.

(Nerf du mouvement).

C'est à l'existense des nerfs crâniens que les yeux doivent la faculté d'exprimer les diverses affections de l'âme. Ils naissent derrière la partie postérieure des tubercules quadrijumeaux, du faisceau antéro-latéral de la moëlle, à côté de la valvule de Vieussens. Ces nerfs sont très-flexueux, se portent antérieurement jusqu'à l'apophyse clinoïde postérieure. Au bout d'un certain trajet, ils entrent dans l'orbite par la partie large de la fente sphénoïdale, et traversent une ouverture entièrement fibreuse de la dure-mère. Arrivés dans l'orbite, ils se ramifient, et se distribuent vers l'angle interne de l'œil, au muscle grand oblique (grand rotateur de l'œil).

Les nerfs pathétiques ne se subdivisent pas et empruntent des filets de sensibilité à la branche ophthalmique du trijumeau, pour les muscles qu'ils doivent animer.

Article V.

Nerf moteur oculaire externe.

(Nerf du mouvement).

Il naît de plusieurs filets réunis du sillon qui sépare la protubérance cérébrale, d'avec le faisceau antéro-latéral de la moëlle vertébrale, et de cette protubérance elle-même, tout à côté du moteur oculaire commun et du pathétique. Il se dirige obliquement en avant et en dehors, et parvenu aux côtés de l'apophyse basilaire, il parcourt le sinus caverneux, puis passe par une ouverture de la dure-mère, et entre dans l'orbite par la partie interne de la fente sphénoïdale. Là, il se porte plus en dehors et va se perdre en plusieurs filets dans le muscle droit externe (abducteur de l'œil). Ce nerf, ainsi que le pathétique, est également destiné à un seul muscle qu'il anime.

Le nerf moteur oculaire externe, reçoit dans son parcours du sinus caverneux, deux ou trois filaments partis du ganglion cervical supérieur, provenant de la division du rameau carotidien.

Une autre anastomose à encore lieu à peu près au même point avec la branche ophthalmique qui lui fournit sa sensibilité. Parfois aussi le nerf en question s'adjoint au moteur oculaire commun et au rameau nasal de l'ophthalmique.

Article VI.

Nerf trijumeau-trifacial.

(Nerf de sensibilité générale).

La cinquième paire est ainsi nommée à cause de sa trifurcation.

Vésale a constaté le premier que le trijumeau devait une double origine, à des sources différentes.

L'une nommée grosse racine, *ganglionaire* ou *sensitive*, l'autre *petite racine*, *non ganglionaire* ou *motrice*.

Le tronc du trijumeau est donc le résultat de la fusion de ces deux ordres de racines, qui naissent de la partie interne et supérieure du pédoncule cérébelleux moyen et de la fissure qui sépare ce pédoncule de la protubérance annulaire. (Longet.)

Le trifacial se dirige en haut, en dehors et en avant vers le bord supérieur du rocher, et avant de sortir du crâne dans la fosse temporale interne, il se divise en trois branches qui sont, l'ophthalmique, la maxillaire supérieure, et la maxillaire inférieure.

Sur la division du trijumeau, Gasser a découvert un petit corps qui porte son nom ou celui de ganglion semi-lunaire. Ce ganglion est intimement entrelacé avec les fibres sensitives du nerf trifacial, de sorte qu'il fait corps avec ce nerf.

Nous décrirons ce ganglion de Gasser plus loin.

Fonctions du trijumeau. Comme il y a fusion de la grosse racine du trijumeau avec le prolongement du cordon sensitif de la moëlle, il en résulte que ce nerf préside à la sensibilité et non aux mouvements des parties où il se rend. De plus, des observations nombreuses recueillies chez l'homme et même chez des animaux, prouvent à l'évidence, que le nerf trijumeau a une influence directe sur la nutrition et les sécrétions de l'organe optique. Ces fonctions sont d'autant plus troublées que le ganglion semi-lunaire et ses relations avec le grand sympathique ont été plus compromises. Ainsi, dans une lésion morbide du nerf trifacial, l'œil correspondant s'irrite, s'enflamme ; il y a sécrétion anor-

male de la conjonctive palpébrale, exsudation de lymphe plastique dans la pupille; la cornée se ramollit, se trouble, s'ulcère avec accompagnement de vives douleurs, et l'organe visuel se fond ou s'atrophie d'ordinaire. Nous avons, pour notre part, publié deux observations de ce genre. Enfin, il n'est plus permis aujourd'hui d'admettre que le nerf trijumeau puisse suppléer directement ou indirectement les fonctions des nerfs optiques.

Article VII.

Nerf ophthalmique-Orbito-frontal.

(Branche du trijumeau). Nerf de sensibilité générale.

C'est la première, la plus antérieure et la plus petite des branches de la division du trijumeau.

L'ophthalmique naît exclusivement de la grosse racine ou du renflement du trijumeau, elle est plexiforme, et se divise en entrant dans l'orbite au niveau de l'apophyse clinoïde antérieure en trois rameaux, lesquels pénètrent séparément par la fente sphénoïdale. Ces rameaux sont le *nasal*, le *frontal* et le *lacrymal*; qui se distribuent à presque toutes les parties de l'œil.

La branche ophthalmique de Willis, s'anastomose dans le sinus caverneux, avec les nerfs moteur oculaire commun, pathétique et moteur oculaire externe. L'orbito-frontale a des connexions avec les divisions du rameau carotidien du ganglion cervical supérieur du grand sympathique, et communique aussi avec le rameau lacrymal par l'entremise des branches maxillaires supérieure et inférieure.

Article VIII.

Nerf nasal. — Rameau interne de l'ophthalmique.

(Nerf de sensibilité générale).

Après avoir abandonné la branche ophthalmique, ce nerf entre dans l'orbite en traversant l'extrémité postérieure du muscle droit externe, conjointement avec le moteur oculaire commun et le moteur oculaire externe. Il rampe le long de la paroi interne de l'orbite, où il est recouvert par le muscle droit supérieur. Dès son entrée dans cette cavité, il fournit un petit filament à l'angle postérieur et supérieur du ganglion ophthalmique; il donne en outre des filets ciliaires indépendants.

Vis-à-vis le trou orbitaire interne et antérieur, le rameau nasal se divise en deux parties secondaires, qui sont les rameaux nasal interne et nasal externe.

A. L'interne, se subdivise, et est destiné à la pituitaire du même côté au canal nasal et à la paroi externe de la narine.

B. L'externe, forme la continuation du rameau principal et se prolonge le long de la paroi externe de l'orbite ; parvenu près de la poulie du grand oblique, auquel il donne des ramuscules, il s'anastomose avec le nerf frontal, puis il sort de l'orbite et se divise en plusieurs filets qui vont aux paupières où ils s'unissent à des filets sus et sous-orbitaires et même au filet facial et au moteur oculaire commun. D'autres filaments se rendent au sac lacrymal, à la conjonctive et aux sourcils.

Article IX.

Nerf frontal. — Rameau moyen de l'ophthalmique.

(Nerf de sensibilité générale).

C'est le plus volumineux de la division de la branche ophthalmique.

Le nerf frontal, dès qu'il est séparé de la branche qui lui a donné naissance, s'introduit dans l'orbite entre sa paroi supérieure et l'extrémité correspondante du muscle droit supérieur de l'œil ; il suit l'axe de l'orbite ; et, dans ce trajet, il se bifurque en deux rameaux secondaires : l'un frontal interne, l'autre frontal externe.

A. L'interne, se dirige vers la poulie du muscle grand oblique : quelques ramuscules s'en détachent et vont se rendre à la paupière supérieure, où plusieurs s'anastomosent souvent avec les ramuscules du rameau lacrymal.

Ce même nerf (l'interne) sort de l'orbite entre le trou orbitaire et la poulie sus-mentionnée, et va se perdre dans le muscle sourcilier et frontal.

B. L'externe, sort de l'orbite par le trou orbitaire supérieur, étant tantôt unique, tantôt bifurqué. Aussitôt après, il fournit des filets à la paupière supérieure, qui s'anastomosent avec ceux du nerf facial, et avec ceux venant du rameau nasal interne. D'autres ramuscules se distribuent au muscle sourcilier, frontal, orbitaire et aux circonvoisins.

Article X.

Nerf lacrymal. — Rameau externe de l'ophthalmique.

(Nerf de sensibilité générale.)

Aussitôt que ce rameau est détaché de la branche ophthalmique, il

s'engage dans un conduit particulier que la dure-mère lui forme ; sorti de là, il se porte obliquement le long de la paroi externe de l'orbite, pour se rendre à la glande lacrymale, à la paupière supérieure, à l'élévateur palpébral et à la conjonctive.

Dans ce trajet, le nerf lacrymal fournit deux filets, dont un *lacrymo-palpébral* ou *sphéno-maxillaire*, va s'anastomoser avec un filet de la branche maxillaire supérieure.

L'autre, est le filet *malaire* ou *temporo-malaire*, qui communique avec le nerf facial.

Article XI.

Nerf maxillaire supérieur-sus-maxillaire, seconde branche du trijumeau.

(Nerf de sensibilité générale).

Ce nerf tire son originede la division commune des nerfs trijumeaux, sous le ganglion semi-lunaire ou de Gasser, il s'engage dans le trou grand rond du sphénoïde, pénètre dans la fosse sphéno-maxillaire qu'il traverse horizontalement, et s'introduit enfin dans le canal sous-orbitaire, pour en sortir et se perdre sur la face.

Le nerf maxillaire supérieur en passant par le trou grand rond, fournit le rameau orbitaire, qui entre dans l'orbite par la fente sphéno-maxillaire où il se divise en deux ramuscules, dont un malaire, anastomosé avec le lacrymal, traverse le conduit malaire et va se distribuer au muscle palpébral, et s'unir au nerf facial. L'autre ramuscule temporal va s'épanouir à la tempe et ses environs.

Le nerf sus-maxillaire fournit encore plusieurs filets sous-orbitaires ou terminaux qui se répandent dans la paupière inférieure et son voisinage, et s'anastomosent parfois avec le maxillaire inférieur.

Les autres subdivisions du nerf dont il s'agit, n'intéressant pas notre sujet, nous les passons donc sous-silence.

Article XII.

Nerf facial.

(Nerf du mouvement).

Il naît de la partie latérale et antérieure de la protubérance cérébrale, un peu en dehors des corps olivaires, à côté du nerf moteur-oculaire commun et auditif. Il pénètre dans le conduit auditif avec le nerf intermédiaire de Wrisberg, et avec le nerf accoustique (peut-être s'anastomose-t-il avec ce dernier?), parcourt librement l'aqueduc de Fallope, dans toute son étendue.

Il sort de ce canal osseux, par le trou stylo-mastoïdien, puis il se dirige en avant et en dehors, pour se partager en deux rameaux, dont un s'anastomose par plusieurs filets avec ceux venant du ganglion cervical supérieur.

L'autre, s'anastomose avec le pneumo-gastrique, et la superficie de la glande parotide, le nerf facial fournit encore plusieurs ramuscules qui s'unissent avec le rameau lacrymal de l'ophthalmique, avec les rameaux sous orbitaires de la branche maxillaire supérieure, avec quelques autres filets nerveux qui se rendent aussi vers le muscle palpébral, venant du maxillaire inférieur du trijumeau, à l'aide du grand nerf pétreux.

Enfin disons encore que le nerf facial fournit une partie du grand nerf pétreux, le petit nerf pétreux, quelques filaments du rameau auriculaire du pneumo-gastrique, et une foule d'anastomoses avec des nerfs voisins, qui n'appartiennent plus à notre sujet.

Fonctions du nerf facial. Ce nerf préside à la contraction de tous les muscles sous-cutanés de la face, et n'est sensible que par l'intermédiaire de ses anastomoses avec le trijumeau.

Article XIII.

Ganglion ophthalmique.

(Lenticulaire, orbitaire, ciliaire).

Situation. C'est un petit corps tuberculeux, entouré de beaucoup de tissu cellulaire, d'un gris blanchâtre occupant le fond de l'orbite, sur le côté externe du nerf optique, à six ou sept millimètres au devant du trou optique.

Structure et forme. Meckel a très-bien décrit ce ganglion, qui est constant chez l'homme. Sa structure est celle de tous les autres ganglions. Il n'a aucune forme ni volume déterminés ; assez généralement il représente une espèce de tubercule carré. Nous le considérons comme tel pour faciliter sa description.

A. L'angle postéro-inférieur reçoit un rameau court d'une des branches du nerf moteur oculaire commun (racine motrice), lequel se rend au muscle petit oblique.

La terminaison de cette racine courte ou motrice va se distribuer à l'iris.

B. L'angle postéro-supérieur, reçoit un filet assez long venant du rameau nasal (racine sensitive), lequel émane de la branche ophthalmique de Willis, tout près du nerf optique. Ce filet sensitif se distribue

dans l'intérieur de l'œil, à la rétine et à sa surface muqueuse après avoir traversé la membrane albuginée.

Nota. Lecat dit avoir découvert entre les deux angles postérieurs du ganglion ophthalmique, un troisième ramuscule nerveux mou, ramuscule sympathique, arrivant au sinus caverneux, et par conséquent reliant ce ganglion par l'intermédiaire du rameau carotidien au ganglion cervical supérieur du grand sympathique, et ainsi au reste du système nerveux végétatif.

C. Quant aux angles antérieurs du ganglion ophthalmique, ils sont aussi divisés en supérieur et inférieur, et chacun d'eux fournit un certain nombre de filets *iriens-ciliaires* (Chaussier, Wenzel).

Article XIV.

Nerfs ciliaires ou iriens.

Ils sont fournis par les angles antérieurs du ganglion ophthalmique. Leur nombre est de dix à quatorze; ils sont placés sur les côtés du nerf optique, arrivent flexueux et contournés jusqu'à la sclérotique, qu'ils traversent obliquement. Après avoir perforé isolément la membrane albuginée, ils vont se rendre à la choroïde, au cercle ciliaire ; là, ils se subdivisent chacun en deux pour se distribuer à l'iris, autour duquel ils forment des arcades d'où partent de nombreux troncs qui rayonnent dans cette membrane et finissent autour de la pupille par un plexus terminal.

Quelques filets ciliaires se rendent aussi à la conjonctive bulbaire. Nous avons déjà dit qu'un filet irien accompagnait parfois l'artère centrale de la rétine. (Le nerf trijumeau fournit aussi quelques ramuscules ciliaires, ainsi que le grand sympathique).

Fonctions. Les nerfs iriens sont en connexion avec le nerf naso-ciliaire, le ganglion ophthalmique, duquel ils émanent, et avec les nerfs moteurs de l'œil, notamment le moteur oculaire commun. C'est à ce dernier que sont dûs principalement les mouvements du diaphragme irien.

Article XV.

Ganglion semi-lunaire ou de Gasser.

Situation. Il est situé dans la fosse temporale interne sur la division du trijumeau en trois branches. Là, il est intimement uni à ce nerf. C'est un petit renflement nerveux ayant une concavité tournée en bas et en avant, une convexité dirigée en haut et en arrière.

Structure. La structure du ganglion semi-lunaire est la même que celle des autres ganglions. Ses fibres constituantes se confondent avec celles du nerf trijumeau, au point que des physiologistes modernes ont cru que c'était le ganglion de Gasser, qui donnait naissance à la branche ophthalmique, la maxillaire supérieure et l'inférieure.

Rapports. Le ganglion semi-lunaire est adhérent à la dure-mère par sa partie supérieure et à la division du trijumeau par sa partie inférieure.

Il communique par l'intermédiaire de son union matérielle avec plusieurs filets du plexus caverneux du grand sympathique, avec le ganglion ophthalmique, le nerf oculo-moteur externe, le moteur oculaire commun et le ganglion cervical supérieur.

CHAPITRE CINQUIÈME.

Système nerveux ganglionnaire ou grand sympathique.

Les relations intimes existant entre les nerfs de l'organe optique et le grand sympathique, nous obligent de décrire ce dernier pour ce qui a rapport à notre sujet.

Situation. Le grand sympathique est un chapelet de ganglions, étendu de chaque côté de la colonne vertébrale depuis la première jusqu'à la dernière vertèbre.

Structure. Les ganglions sympathiques sont autant de petits centres nerveux unis entre eux par des filets intermédiaires et résultant de nombreuses anastomoses arcadiformes et d'un certain nombre de filets nerveux de deux ordres *moteurs* et *sensitifs*, cérébro-rachidiens, mêlés à de la substance grise.

D'après Bichat et plusieurs autres anatomistes modernes, le grand sympathique n'est point un nerf continu, il est le résultat d'une série de ganglions qui, par leur réunion, forment des paires symétriques, comme les nerfs vertébraux et sont à la fois sensitifs et moteurs. Ce tronc ganglionnaire ne possède même pas de fibres primitives qui lui soient propres.

Le grand sympathique a une foule de connexions, il reçoit des fibres motrices et des fibres sensitives, des deux ordres de racines des nerfs rachidiens. Chaque ganglion est *moteur* et *sensitif* à la fois, et possède en outre un filet de liaison nommé *sympathique*, qui communique avec les ganglions voisins ou bien avec des nerfs crâniens moteurs et sensitifs.

Les racines sensoriales du grand sympathique, c'est-à-dire celles qui proviennent des racines spinales postérieures, présentent toutes des ganglions sur leur trajet.

Fonctions du grand sympathique. Le système nerveux ganglionaire n'est point indépendant du système nerveux de la vie de relations, au contraire son existence est indispensable au système nerveux céphalo-rachidien, et vice-versâ.

Il a principalement pour fonction de réunir le système nerveux de la vie végétative avec celui de la vie animale : en un mot, il préside à la vie nutritive des parties où il se rend.

Distribution. La distribution du grand sympathique se fait aux membranes muqueuses, aux organes glanduleux et aux parties douées de mouvements volontaires.

Chaussier et Ribes, ont démontré que ce système ganglionnaire envoyait des filets à la membrane rétine, et concourait aussi à former les nerfs de l'iris au moyen dû filet qui va aboutir au ganglion ophthalmique. Cette anastomose normale fait comprendre le mécanisme de la dilatation pupillaire et de l'obscurcissement de la vue, qui surviennent après la section de la partie cervicale du grand tronc sympathique.

Enfin, le grand sympathique communique encore avec le nerf moteur oculaire commun, le moteur oculaire externe, et le trijumeau.

Remarque. Les vomissements qui surviennent après une opération oculaire ne dépendent pas du grand sympathique; puisqu'il a été mis hors de doute par les expériences de Longet, que les contractions de l'estomac sont exclusivement sous l'influence nerveuse du pneumogastrique et du spinal réunis.

Article I.

Ganglion cervical supérieur.

Situation. Le ganglion cervical supérieur est un petit centre nerveux végétatif, d'une teinte gris-rougeâtre, situé sur la partie latérale supérieure du cou à deux ou trois centimètres au-dessous de la base du crâne, derrière l'angle de la mâchoire inférieure. Ce ganglion existe constamment. Il possède beaucoup de connexions avec des organes, des nerfs voisins, et avec les autres ganglions cervicaux opposés, moyens et inférieurs.

Volume. Il est très-variable.

Forme. Elle est ordinairement ovale.

Lobstein rapporte l'avoir parfois trouvé bifurqué, et même double.

Structure. C'est un amas de fibres ganglionaires inextricables, mêlé à de la substance grise palpeuse.

Ramifications. Nous renfermant dans le cadre de notre sujet, nous disons que le ganglion cervical supérieur a des liaisons avec le moteur oculaire commun, par l'intermédiaire des filets carotidiens du ptérygoïdien, le moteur oculaire externe, avec la branche ophthalmique, le ganglion semi-lunaire ou de Gasser appartenant à la division du trijumeau. Ce ganglion a encore des anastomoses avec le ganglion sphéno-palatin ou de Meckel, le ganglion ophthalmique, le nerf facial et le pneumo-gastrique, etc.

Le ganglion cervical supérieur reçoit ses racines *motrices* du nerf moteur oculaire commun, du moteur oculaire externe, etc. Ses racines *sensitives* lui sont fournies par le trijumeau, le pneumo-gastrique et par d'autres nerfs : ses filets *sympathiques* établissent ses relations avec le ganglion ophthalmique et le sphéno-palatin. Presque toutes ces anastomoses ont lieu dans le sinus caverneux. Ce même ganglion envoie aussi par anastomose des filets à la conjonctive et à la glande lacrymale.

Article II.

Ganglion sphéno-palatin ou de Meckel.

Situation. Le ganglion sphéno-palatin est situé dans la fente ptérygo-maxillaire, en dehors du trou sphéno-palatin.

Forme. Il est triangulaire.

Distribution. Ce petit centre nerveux végétatif fournit par ses angles antérieurs plusieurs filets distincts qui se distribuent aux parties voisines ; et, par son angle postérieur, il donne le rameau ptérygoïdien ou vidien lequel se divise en filets carotidiens qui vont jusqu'à la rétine. Ce ganglion communique aussi avec le nerf maxillaire supérieur, le moteur oculaire externe, le ganglion cervical supérieur par l'intermédiaire d'un filet carotidien venant du ramean ptérygoïdien sus-mentionné.

Remarque. Dans le sinus caverneux le filet carotidien ou ascendant du ganglion cervical supérieur, avant de parvenir jusqu'au nerf moteur oculaire externe, offre souvent sur ses divisions, de petits renflements

ganglionaires, nommés par le professeur Burggrave et par d'autres ganglions caverneux ou carotidiens. F. Petit et C. Schmiedel avaient déjà décrit ces renflements. Il n'existent pas toujours d'une manière constante.

CHAPITRE SIXIÈME.

Système veineux.

Aperçu général. On peut le définir *un ensemble de vaisseaux à sang noir, résultant de la reconstruction des capillaires rouges à leur origine, successivement croissants, moins nombreux et finissant dans le cœur par la veine* CORONAIRE *ou cardiaque, et les veines* CAVES.

Les veines suivent les artères en sens inverse, et diffèrent de ces dernières par leur nombre, par leur disposition et par leur organisation.

Fonctions. Le système veineux a pour fonction de rapporter le sang dans le centre de la circulation. Les veines sont garnies dans leur intérieur de valvules paraboliques.

Il y a dans l'économie deux systèmes veineux tout à fait distincts.

1° L'un, nommé *système veineux général*, parcequ'il commence dans tous les tissus par des ramuscules excessivement tenus et finit à l'organe circulatoire.

2° L'autre, nommé *système veineux abdominal*, parcequ'il naît d'une multitude de capillaires des organes contenus dans l'abdomen, croissant progressivement et se réunissant enfin en un seul tronc (*veine porte*) qui se rend au foie.

Le système veineux général communique médiatement ou immédiatement avec le système veineux abdominal. Nous ne nous arrêterons pas plus longtemps à la phlébologie en général, pour passer de suite à la description des veines de l'œil.

ARTICLE I.

Phlébophthalmographie.

L'immortel Vésale est le premier qui a bien décrit les veines de l'œil, et de ses dépendances.

On divise le système veineux de l'appareil optique, en interne et en externe.

1° L'interne, consiste dans les veines ophthalmiques, dans la cen-

trale de la rétine, l'ethmoïdale postérieure, et dans les ciliaires qui vont se rendre au sinus ophthalmique, après avoir traversé la sclérotique, et formé sur la choroïde le *vasa vorticosa de Sténon,* qui est le résultat de nombreuses anastomoses arcadiformes concentriques des ciliaires courtes.

La veine ophthalmique est le confluent de toutes les veinules nées des parties constituantes de l'œil et de ses annexes. Ses ramifications sont conformes à l'artère du même nom.

2° L'externe, comporte la veine faciale antérieure, la faciale postérieure, la temporale et la sous-orbitaire, ainsi qu'une partie de l'ophthalmique qui produit des veines ciliaires, frontale, palpébrale et nasale.

Les veines des parties accessoires de l'œil se réunissent également en un seul tronc pour aller se rendre au sinus ophthalmique.

La veine ophthalmique va à la glande lacrymale, à tous les muscles de l'œil, et à l'élévateur palpébral. Les veines ciliaires fournissent aussi des ramuscules aux muscles droits de l'œil, et vont se perdre dans l'iris.

Récapitulation. La veine ophthalmique sort de l'orbite par la fente sphénoïdale et s'ouvre dans le sinus caverneux.

Le sinus caverneux reçoit la veine ophthalmique qui communique avec le sinus coronaire.

Le sinus caverneux, naît du sinus pétreux et du transverse. Le sang du sinus caverneux passe par le sinus pétreux, puis entre dans les sinus latéraux et aboutit enfin au golfe de la jugulaire.

CHAPITRE SEPTIÈME.

Système lymphatique.

Aperçu général. Le système absorbant comprend les ganglions et les vaisseaux lymphatiques.

Le système dont il s'agit a pour but d'élaborer la lymphe et le chyle et de transmettre dans le système veineux et les fluides exhalés et les molécules qui ont servi pendant quelque temps à la nutrition.

Le système lymphatique ou absorbant est indépendant du système sanguin.

Les vaisseaux lymphatiques ont été découverts en 1650, par Rudbeck, et consistent en une suite de petits vaisseaux capillaires, blanchâtres, représentant de distance en distance des dilatations produites

par des valvules semi-lunaires, placées deux à deux dans leur intérieur.

Les vaisseaux absorbants existent dans toutes les parties du corps, qui se présentent sous deux systèmes distincts, divisés par Bichat, en *superficiel* et *profond*.

ARTICLE I.

Angéio-hydrophthalmographie.

La description de chacun des vaisseaux lymphatiques de l'œil et de ses annexes en particulier, nous paraît actuellement une chose impossible. On n'est pas encore parvenu à démontrer leur existence dans plusieurs tissus. On les considère toujours plus ou moins collectivement dans chaque partie.

Les vaisseaux absorbants de l'appareil optique se réunissent en faisceaux autour des vaisseaux sanguins de l'ophthalmique et suivent exactement toutes les ramifications de cette veine principale de l'œil.

Quoiqu'on ignore complétement le mode d'origine des vaisseaux lymphatiques ; on peut cependant dire qu'ils naissent presque avec les veines, et portent pour la plupart les noms des vaisseaux à sang noir qu'ils accompagnent.

Enfin, disons que les absorbants superficiels et profonds de la face naissent des paupières, de l'orbite, du nez, du front, etc., et vont se rendre aux ganglions préauriculaires, puis se terminer à la division supérieure de la veine jugulaire interne, après s'être fréquemment anastomosés.

(*La suite à un prochain numéro.*)

NOUVELLES CONSIDÉRATIONS TIRÉES D'UNE FOULE D'EXPÉRIENCES ET D'OBSERVATIONS PATHOLOGIQUES SUR LE POULS VEINEUX ;

par M. le docteur DESIDERIO de Venise.

Ce que Broussais a fait pour la médecine, ne pourait-on pas le faire aujourd'hui pour la physiologie? Ne serait-il pas temps d'écarter les passions, les préjugés, de secouer le joug des êtres imaginaires sous lequel l'esprit humain est asservi, et de proclamer, enfin, que la physiologie ne doit plus être de *l'ontologie*. Il est vrai que la chose est encore neuve et difficile : *res ardua et inextricata*. Aussi pour la traiter faut-il mettre de côté les écarts de l'imagination, les vues hasardées, rectifier les formes et les idées arbitraires, versatiles, défectueuses et recommencer de nouvelles expé-

riences plus approfondies pour arriver à la vérité. Les ouvrages de physiologie reconnaissent des propriétés vitales diversement habillées; par exemple: l'irritabilité, la vitalité, etc, qui président aux fonctions. Elles agissent, réagissent, s'accroissent, diminuent, jouissent, en un mot, de toutes les prérogatives des êtres réels : cependant quelle idée devons-nous avoir de leur nature? où résident-elles? comment existent-elles? rien ne l'indique, personne ne le sait, ce sont des êtres imaginaires.

En jetant les yeux sur ce qui nous environne, en les portant sur les objets les plus éloignés, qu'aidés du télescope ils parcourent les corps qui nagent dans l'espace, ou qu'armés du microscope ils pénètrent dans le monde de ceux que leur petitesse semblait devoir nous dérober toujours, nous trouvons que tout se meut, tout s'agite, tout change dans le système du monde, et que la nature ne cesse jamais de maintenir et de perpétuer des principes d'activité, de mouvement, de vie, dans les moindres parties de la matière. Il y a dans tous les corps de la nature une force qui tend à rapprocher leurs parties constitutives et qui devient le principe de leur solidité ou de leur cohésion ; c'est l'attraction. Il y a d'ailleurs une autre force qui tend à écarter, à désunir, à diviser extrêmement les molécules constitutives des corps pour rompre leur pleine cohérence ; c'est la force d'expansion et mieux la force de répulsion. C'est ainsi, qu'en vertu de l'attraction mutelle qui existe entre toutes les parties de la matière et en vertu de la force répulsive qui résulte d'une grande division, d'une extrême ténuité dynamique de la matière même, les corps terrestres doivent nécessairement prendre une multitude de formes dont les variations ne peuvent se calculer, de sorte que ce double mouvement fait une scène toujours mouvante de l'univers et de nous. Or cette force répulsive renferme la raison suffisante des suites de mouvements qui sont nécessaires à la vie des végétaux et des animaux. L'action de cette force expansive ou répulsive dans l'accroissement des arbres est bien prouvée par la belle expérience de Duhamel. Il a vu que lorsqu'on serre fortement une branche par une ligature, il se forme deux bourrelets tels que le plus haut l'emporte sur l'inférieur et que la branche liée ne peut croître sans se rompre. Le sang renfermé dans les artères est donc d'une force expansive ou répulsive très considérable , qui joue dans l'économie animale le rôle le plus important. Celui donc qui a comparé la plante à un animal privé du mouvement, et l'animal à une plante mobile, a exprimé une grande vérité. L'analyse des fonctions entre les végétaux et les animaux suppose une analogie dans la manière dont chaque fonction s'exécute, dont la vie se déve-

loppe, s'entretient et meurt. En conséquence, la circulation, la nutrition, etc., s'opèrent dans les animaux comme dans les végétaux, sous l'influence de la force répulsive. Toute la nature est unie par des liens indissolubles et l'homme lui-même est un anneau nécessaire dans la grande chaîne qui lie l'univers. La supériorité de la force répulsive est incontestable pour expliquer tous les phénomènes de la nature toujours sublime dans ses résultats. Les belles expériences multipliées pour ainsi dire à l'infini, la foule des faits inébranlables posés par le savant Bizio, chimiste distingué (1), ont donné un nouvel essor et me fournirent l'explication plus positive, pour moi, d'un grand nombre d'actes physiologiques qu'on n'avait pas encore assuré. Or, cette force répulsive éclate sur le champ dans la matière ordinaire lorsque ses molécules cherchent à s'écarter, à se raréfier, à s'épanouir. Citons un exemple : si l'on vient d'instiller de l'alcool sur un filet d'eau, on voit que l'eau tend à s'écarter, à s'éparpiller, à fuir, chassée par l'alcol qui s'étend, se raréfie, s'épanouit, se dilate par sa force répulsive, cause unique toute puissante des expansions. Voici donc cette force qui meut, agite les molécules extrêmement divisées, extrêmement élastiques et engendre des oscillations, des vibrations continuelles.

Encore un exemple : Spallanzani a observé de petits animaux (*bestiola rotifera*) qui peuvent être desséchés comme des momies, et conserver, malgré ce desséchement, la puissance de vivre pendant des années au bout desquelles il est encore possible, en les mouillant avec une goutte d'eau, de leur rendre l'activité et le mouvement. En ce cas, dira-t-on que la vie existe en puissance quoiqu'elle ne soit encore mise en action ? dira-t-on, que l'excitabilité obscure, imperceptible est cachée et n'y donne aucun signe manifeste de sa présence ? dira-t-on que la vie de la *bestiola rotifera* tient essentiellement à l'excitation produite par les impressions d'une goutte d'eau ? Tout cela n'est qu'un assemblage d'idées vagues, qu'aucune expérience ne confirme ; tout cela élude la question et ne la résout point, et l'on croit avoir tout expliqué. Selon moi, c'est la goutte d'eau visible, palpable qui touche nos sens, qui joue le rôle si important ; c'est la goutte d'eau qui mouille la *bestiola rotifera*, c'est-à-dire, la goutte en mouillant le solide, atténue, presse, déchire les systèmes attractifs et, en pénétrant dans les pores imperceptibles, se répand, se raréfie en molécules extrêmement divisées, extrêmement élastiques, en un mot en état de dynamie moindre où, sur le champ, éclatent ses effets, les phénomènes prodigieux de la force répulsive, cause de chaleur. Cette

(1) *Dinamica chimica, venezia* 1850.

force répulsive moléculaire, cause unique, toute puissante des expansions, renferme donc la raison suffisante des suites de mouvements qui sont nécessaires à la vie de l'animal. L'homme ne doit jamais aller au delà de la vérité et l'homme lui-même doit s'arrêter où les faits le forcent à s'arrêter. Selon moi, toute théorie qui émane de spéculations étrangères à ces faits n'est bonne qu'à nous égarer. Je puis me tromper, mais il me semble que le principe dynamique moléculaire rassemblant les faits épars, les présentant sous leurs faces diverses, les comparant entre eux et les rapprochant dans leurs résultats par l'analyse, sera un rayon de lumière qui, perçant les ténèbres, éclairera la route comme l'aurore éclaire et réjouit le voyageur las de marcher dans l'obscurité. Aux savants, la décision. Cependant, je ne me dissimule pas les nombreuses lacunes qui se présentent encore ; mais à qui la nature a-t-elle jamais dévoilé tous ses mystères à la fois. Cela posé, tirons des conclusions sur le *pouls veineux*.

1° Le pouls veineux ne dépend point de la fluidité du sang, comme le pensent MM. Martin-Solon, Ward, Graves, Velpeau, Blandin, puisque le *purpura* hémorrhagique qui rend le sang très diffluent (1) donnerait aussi le pouls veineux bien marqué.

2° Le pouls veineux ne dépend pas des artères, puisqu'on vit très longtemps avec presque toutes les artères ossifiées, et l'on trouve souvent sur les cadavres une suite de lames osseuses, depuis la tête jusqu'aux pieds, entre la tunique musculeuse et la tunique interne des artères chez des gens qui, pendant leur vie, avaient rempli toutes leurs fonctions et n'accusaient aucune maladie dépendant du dérangement de la circulation : car, si à la fin le sphacèle termine cet état , alors que les artères ne sont plus susceptibles d'aucune dilatation, on n'aura pas moins vécu plusieurs années, avant que le sphacèle soit survenu. Les vieillards dont les artères se sont ossifiées, ne se sont-ils pas promenés dans cet état, n'avaient-ils pas du pouls ? n'avaient-ils pas conservé leur chaleur naturelle et n'ont-ils pas exécuté toutes leurs fonctions pendant un temps considérable ? Personne ne s'avisera de croire qu'une dégénération aussi considérable soit l'ouvrage de quelques jours et, il est évident, qu'il faut bien du temps pour donner à un suc glutineux la dureté de l'os.

3° Haller a vu qu'après avoir arraché ou coupé le cœur, ou les grandes artères, le sang artériel a encore continué ses mouvements pendant un certain temps, depuis 16 jusqu'à 21, 22, 30, 36 minutes. Ne voit-on pas chez les grenouilles la circulation continuer

(1) *Archives de la médecine belge*, août 1844.

de se faire pendant quelque temps dans la membrane natatoire après qu'on leur a enlevé le cœur, expérience répétée par Wilson, Philip, etc. On voit également la classe nombreuse des insectes, des vers, des mollusques, des végétaux, privée du cœur et cependant nous offrir une circulation complète. Cet exposé suffit déjà pour montrer que le cœur n'est pas un organe aussi essentiel qu'il le paraît, puisque chez l'homme même le mouvement des fluides dans les vaisseaux absorbants n'exige aucun organe particulier pour lui donner l'impulsion. Il y a des exemples d'hommes qui ont survécu quelque temps à la destruction de cet organe. Tels furent ceux dont parle Costa, Bacon, Bartholin qui proférèrent des paroles ou adressèrent des supplications au ciel, ou se livrèrent à des mouvements de colère après qu'on leur eût arraché le cœur. Cette hypothèse du cœur, toute puissante, n'est donc appuyée que sur des suppositions gratuites, des principes contradictoires et des faits contestés.

4° Les expériences innombrables, intéressantes et fort délicates de M. Rosa, démontrent dans tout leur jour que le sang artériel est doué d'une force expansive ou répulsive très considérable, dont la mort seule peut détruire l'énergie ou restreindre singulièrement les limites. Rosa est parvenu à produire la mort apparente de plusieurs animaux par la soustraction de tout leur sang, et de ressusciter en eux la vie par l'introduction d'un sang nouveau artériel, après l'avoir chargé d'oxygène, et l'avoir doué de la force répulsive. Rosa, encore, ayant adapté à l'ouverture de l'artère crurale d'un veau un intestin de poulet, a vu le sang introduit dans cet intestin se dilater et se condenser par des mouvements qui correspondaient aux pulsations de l'artère, et qui persistèrent même après qu'il eut isolé l'intestin par une ligature. Les travaux de Haller de Spallongani, de Hunter, de Bochaska, de Dumas, de Bichat, etc, fourniraient encore bien des preuves expérimentales.

5° Il est certain que le sang dans les poumons se combine avec un principe aérien, l'oxygène, qui est sans doute la cause des changements qu'il subit. Personne ne conteste plus aujourd'hui la différence qui existe entre le sang artériel et le sang veineux, et l'on a totalement abandonné les prétentions d'Harvée et de ses sectateurs, entre autres, Creel, Dayaigue, Denis, etc, qui ne voulurent convenir que le sang fût différent dans les artères et dans les veines, ni quant à la couleur, ni quant à sa densité, ni quant à ses éléments. Mais, sous le rapport de leur influence sur la vie, ces deux fluides sont en quelque sorte opposés l'un à l'autre, car si le sang des veines vient à remplir les artères il produit la mort de

l'animal, et s'il pénètre dans les organes il suspend leurs fonctions et détruit bientôt leur irritabilité, leur mouvement et leur vie. Cependant, depuis les essais de Cygua, de Hexson, etc, l'oxygénation est aujourd'hui mise au nombre des vérités physiologiques les plus importantes et les plus fécondes.

6° On a dit que tous les animaux auxquels on a coupé les deux nerfs pneumo-gastriques, meurent d'asphyxie, et qu'ils en meurent parce que l'air atmosphérique, quoique continuant de pénétrer librement dans les poumons et d'y arriver en contact avec le sang, ne peut plus se combiner avec ce fluide ; cette combinaison ne pouvant se faire que sous l'influence du principe vital et par l'intermédiaire des nerfs. Mais l'on ne s'est point aperçu que, froissé par les liens qui le retiennent, tremblant sous le couteau qui divise ses chairs, l'animal ne fait pas le plus léger mouvement, ce qui augmente ses angoisses et redouble son effroi ; tout son corps se révolte, ses membres se contractent, chacune de ses parties se soulève à l'approche du fer terrible qui le menace ou le déchire. Il faut donc bien reconnaître que la respiration dans toutes ces expériences devient très laborieuse et qu'elle ne cesse de l'être jusqu'à la mort des animaux. Hunter a déjà observé que dans les maladies où la respiration est laborieuse le sang est de couleur noirâtre. Cependant l'oxygénation du sang n'a lieu que parce que les voies aérieanes sont obstruées et que l'air atmosphérique ne peut arriver jusqu'au sang artériel à cause des mucosités qui remplissent les vésicules, et non parce que la conversion chimique du sang est rendue impossible par le défaut de l'influence nerveuse. Les observations positives cliniques pathologiques et celles sur les animaux ne laissent aucun doute sur cette proposition. Il est bien remarquable que les systèmes de physiologie, où l'on refuse la vitalité aux fluides des corps animés, sont précisément ceux dans lesquels on reconnaît le fluide nerveux pour le principe unique du mouvement et de la vie. Haller, d'après Nicolai, cite l'exemple d'un homme qui avait la faculté singulière de voir, pendant la nuit, lorsque son œil était enflammé et qui cessa d'en jouir lorsque l'inflammation fut apaisée.

7° On a dit encore que le système capillaire pulmonaire dans lequel s'opère la transformation du sang noir en sang rouge est sous la dépendance du système ganglionaire, que ce système produit une sensation latente ou ganglionaire et une contraction capillaire ou fébrillaire et, enfin, que c'est le même système ganglionaire qui est la cause première, la cause vitale du mouvement, que l'action mécanique gît ensuite dans la construction des doubles fibres concentriques et rayonnantes du cœur. Il en résulte que

l'on croit avoir trouvé que la matière organique ne peut se contracter que sous l'influence du système nerveux ganglionaire. Les brillants résultats auxquels sont arrivés plusieurs physiologistes sont cependant sujets à bien des controverses et susceptibles d'être combattues. En effet, Hunter a fait voir que la faculté de se coaguler, de se concréter, est accélérée ou ralentie, augmentée ou détruite dans le sang par les mêmes causes, les mêmes circonstances qui accélèrent ou ralentissent, augmentent ou diminuent dans les muscles la force de se contracter. Tourdes dit avoir vu le sang agité d'un mouvement ondulatoire analogue aux oscillations musculaires lorsqu'il le soumettait à l'influence de l'électricité. J'avais lu, ajoute Dumas, dans quelques journaux français, que la fibrine du sang s'était montrée comme la chair des muscles, susceptible de répondre aux impressions du galvanisme, je vois aujourd'hui ce fait confirmé par plusieurs expériences et publié dans le journal de physique où l'on assure que la fibrine soumise à l'action galvanique de l'appareil de Volta se contracte d'une manière très sensible. La fibrine donc qui se contracte, n'est point sous la dépendance du système ganglionaire, et il ne faut pas admettre une pareille influence, par les effets du système ganglionaire exagérés par des hypothèses gratuites disparaissant peu à peu, et les faits se trouvant ainsi réduits à leur juste valeur.

8° L'oxygène, agent éminemment élastique, éminemment répulsif, en pénétrant dans le système capillaire pulmonaire, dans lequel s'opère la transformation du sang noir en sang rouge, touche les molécules du fluide qui sont en état élastique répulsif; l'oxygène extrêmement divisé, extrêmement atténué, se combine aussi avec le fluide résolu en moindres dynamiques, et produit une expansion éminemment considérable qui choque et chasse les molécules élastiques en ligne droite. Cette force répulsive moléculaire agissant toujours par les additions réitérées de l'oxygène, favorisée par la forme cylindrique des vaisseaux, dilate les parois, et, comme l'effusion moléculaire, écoule par intermittence; elle engendrera le pouls des artères. Cette conclusion est attestée par des faits et par des observations positives qui ne permettent de la révoquer en doute.

9° D'après cet exposé bien succinct, il est facile d'expliquer le pouls veineux en considérant que, dans les maladies données par M. Martin-Solon, telles que maladies aiguës inflammatoires, ardentes, une grande quantité de sang étant tirée de la veine, ce fluide devient plus rare, et, par conséquent, est doué d'une force expansive plus énergique, comme le sang artériel, aidé par l'accroissement de l'action artérielle, qui produit le mouvement actif, qui

constitue l'inflammation, il agit alors en augmentant par ses vibrations continuelles la capacité des mêmes parties, dilate les parois des veines, et produit, en un temps donné, le pouls veineux. Petit, de Lyon, fait observer que quelquefois, dans des anévrismes reconnus évidemment faux, la poche cellulaire, où le sang était contenu, jouissait du mouvement de dilatation et de contraction à l'égal des artères et simulait celui de l'anévrisme vrai. Il n'est personne qui n'ait éprouvé sur lui-même des battements vagues indéterminés, survenus sans cause apparente dans les parties les plus superficielles du corps, dans des parties dépourvues d'artères propres à produire un tel effet et trop éloignées des muscles pour les attribuer à l'agitation convulsive de quelques uns des faisceaux qui les composent.

C'est donc la matière extrêmement divisée, et moins dynamisée, c'est donc la force répulsive moléculaire, cause unique, toute puissante des expansions qui éclate sur le champ dans les molécules écartées, raréfiées, atténuées, qui les agite par des oscillations, des vibrations continuelles, et contient, dans sa nature même, la raison suffisante des mouvements qui sont nécessaires à la vie de l'animal. Cependant, la tendance de la nature à un certain but qui fait présumer que les choses ont été arrangées d'avance pour que les phénomènes se succèdent dans un ordre tel que le but proposé puisse être rempli, elle suppose nécessairement une intelligence d'un être ordonnateur qui a présidé à cet arrangement.

Voici la partie la plus difficile de ma tâche, je me trouve dans l'obligation de faire un exposé succinct, et, je dois l'avouer, je sens mes forces défaillir. Comment résumer en peu de mots un sujet aussi vaste, aussi élevé et délié ? Je dois donc renvoyer ceux qui voudraient étudier la question dans son entier et pénétrer plus avant dans le sujet même, au mémoire que j'ai publié en italien dans le *Giornale veneto di scienze mediche*, *maggio gireguo* 1851.

EXTRAIT

DU

BULLETIN

DE

L'ACADEMIE ROYALE DE MÉDECINE.

ANNÉE 1851-1852. — N° 1.

SÉANCE DU 25 OCTOBRE 1851. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

Suite : *voir* le n° de novembre 1851, p. 208.

I. — FORCEPS-SCIE.

Nous nous occuperons d'abord des faits d'accouchement forcé par le forceps-scie qui se sont passés sous nos yeux. En voici la relation succincte, telle qu'elle est consignée dans les notes que nous avons recueillies :

Premier fait. — Marie-Thérèse B..., vingt-cinq ans, rachitique, primipare, entre à la Maternité le 24 novembre 1850. Taille, trois pieds sept pouces ; incurvation à droite de la colonne dorsale, à gauche, de la colonne lombaire ; ensellure très prononcée ; hanche droite plus élevée que la gauche ; tibias courbés en avant et fort obliques de haut en bas et de dedans en dehors ; fémurs iucurvés de dehors en dedans et formant comme deux anses ; pubis aplatis ; ventre très proéminent. Le diamètre sacro-pubien du détroit abdominal mesure deux pouces ; le transversal du détroit périnéal a au delà de quatre pouces.

Le travail de l'accouchement n'étant pas établi, cette femme est placée, en attendant, dans un quartier salubre de la Maternité. Au commencement de décembre, on lui fait une saignée du bras, pour cause de pléthore. Le 16, le travail s'annonce par des douleurs faibles et rares. Le lendemain, le col utérin est ouvert de la largeur de deux doigts, la poche des eaux se rompt.

Dans l'après-dînée, plusieurs médecins sont appelés en consultation, y compris M. Seutin et moi. La femme apprenant alors qu'elle ne peut

être délivrée que par une opération sanglante pratiquée sur elle ou sur son enfant, se décide pour l'embryotomie. On convient que cette opération se fera dès que le col sera suffisamment dilaté.

Le 18 au matin, les douleurs ont été faibles pendant la nuit ; pouls faible, accéléré ; orifice uiétin engorgé, résistant. — Bain tiède ; injections simples d'abord, belladonées après le bain.—Le soir, léger frisson suivi de chaleur, pouls accéléré, sensibilité et dureté du col de la matribe. —Bain tiède, injections répétées.

Le 19, pendant la nuit, contractions utérines plus fortes et plus régulières, sans changement dans l'état du col. Dans l'après-dînée, long frisson suivi de chaleur. Les mouvements du fœtus sont nuls.—Injections vaginales répétées, lavement.

Le 20, pendant la nuit, douleurs assez régulières, le col s'assouplit et s'ouvre davantage ; vers midi, la dilatation a acquis à peu près la grandeur d'une pièce de cinq francs ; odeur de putréfaction. — Bain tiède, injections.

Le même jour, à deux heures de relevée, frisson suivi de chaleur et de léger délire. Dans une nouvelle consultation, il est décidé que l'on attendra encore pour pratiquer l'embryotomie, jusqu'à ce que le col soit devenu plus souple et que la tête de l'enfant soit mieux engagée dans le bassin, conditions qui ne se présentent que vers dix heures du soir. Alors M. Vanhuevel applique son forceps-scie. L'introduction des branches se fait avec facilité. Les branches réunies, la section du crâne se fait sans obstacle et sans que la femme articule la moindre plainte. Elle ne ressent d'autre douleur, pendant l'opération, que celle occasionnée par la présence du forceps. Le segment crânien postérieur est retiré sans difficulté ; l'extraction du segment antérieur tenant au tronc demande plus de peine. Quand ce dernier tronçon de tête est dégagé, on est obligé d'attacher un cordon autour du cou pour pouvoir attirer les épaules et la poitrine à travers le bassin rétréci.

Le fœtus, assez fort et légèrement putréfié, était en position transverse, occipito-iliaque gauche. Le crâne avait été divisé à partir du pariétal droit, en traversant le milieu de l'occiput, du front, le nez, la mâchoire, inférieure jusque sous l'oreille gauche.

Après la délivrance, injections d'eau tiède dans le vagin ; la femme est placée dans une chambre séparée.

Le 21, nuit agitée, animation de la face, peau chaude, pouls accéléré et faible, langue blanche, ventre peu sensible, lochies fétides, émission spontanée des urines.—On prescrit quelques grains de quinine comme antiseptique, frictions mercurielles, cataplasmes sur le ventre, injections chlorurées d'heure en heure à l'aide d'une sonde à demeure dans la matrice, diète.

Le 22, même état, mêmes moyens.

Le 23, face altérée, pouls petit, filiforme, ventre ballonné, lochies fétides, extrémités froides, Mort à neuf heures du soir.

Nécroscopie. — Le ventre est très ballonné ; après l'ouverture des téguments, on trouve des traces de péritonite, quelques fausses mem-

branes sur la surface du foie, de la sérosité trouble dans le petit bassin. Au-dessus du pubis, la matrice et la paroi abdominale présentent une surface rugueuse, verdâtre, de la grandeur de la paume de la main, état évidemment produit par la pression de la tête du fœtus durant la travail de la parturition; l'intérieur de l'utérus est noirâtre dans toute son étendue.

Le cœur et le poumon gauche sont à l'état normal ; le poumon droit est petit et hépatisé; la plèvre du côté gauche est épaissie, rugueuse, de couleur lie-de-vin; une collection de sanie purulente est contenue dans cette cavité, fort rétrécie par la déviation vertébrale.

Le bassin, mesuré à l'intérieur, avec le compas, offre juste deux pouces dans son diamètre sacro-pubien abdominal, comme il avait été reconnu avant la délivrance.

Deuxième fait.—Albertine H...., dix-huit ans, primipare, entre à la Maternité le 4 février 1851. En travail depuis deux jours, le col étant presque entièrement dilaté et les eaux écoulées depuis la veille, elle s'épuise en vains efforts pour se délivrer. L'enfant présente le sommet de la tête placé en travers, l'occiput répondant à la fosse iliaque gauche. Une partie de la voûte du crâne ayant pénétré assez loin dans l'ouverture du bassin, il est difficile d'atteindre le promontoire avec le bout du doigt. Le bassin n'a que deux pouces six lignes dans son diamètre sacro-pubien, comme il a été constaté définitivement après la délivrance. On applique le forceps de Dubois, avec lequel on fait des tractions fortes, mais inutiles. L'instrument est retiré et la femme est mise au bain. Vers le soir, les choses restant dans le même état et le fœtus ne donnant plus aucun signe de vie, on applique le forceps-scie. L'introduction de l'instrument, la section crânienne et l'extraction des morceaux se font sans peine. L'extraction des épaules offre seule une résistance inaccoutumée ; cette difficulté vaincue, le reste du fœtus est amené.

Après la délivrance, qui dut être faite artificiellement pour cause d'adhérence contre nature du placenta, on pratique des injections tièdes et la femme est placée dans une chambre séparée.

Les 5, 6 et 7, l'état de l'accouchée n'offre rien de particulier. Du 7 au 8, apparaissent des symptômes de fièvre intermittente : frisson, chaleur, sueur, accélération du pouls, pesanteur de tête, suivis de fatigue, de brisement des membres, blancheur de la langue, etc. — On prescrit la diète et on administre le sulfate de quinine.

Le 9 et le 10, état satisfaisant. — Sulfate de quinine, bouillons

Cet état continuant, on augmente graduellement la nourriture, et le 13 février, l'opérée sort de la Maternité bien guérie.

Troisième fait, — Anne Catherine V..., trente-huit ans, rachitique, primipare, entre à la Maternité le 14 février 1851. Elle présente une forte ensellure de la région lombaire; la hanche droite est moins développée que la gauche; l'extrémité inférieure droite est amaigrie, courbée, oblique de dedans en dehors. La poche des eaux se présente à la vulve, le col est presque entièrement dilaté. Après la

rupture spontanée des membranes, survenue pendant une douleur, on arrive facilement à la saillie sacro-vertébrale. Le diamètre sacro-pubien du détroit supérieur mesure deux pouces et huit lignes. Le sommet de la tête se présente dans une position transversale.

On applique le forceps de Dubois ; mais on rencontre une résistance insurmontable, tant à cause du rétrécissement du bassin, qu'au défaut d'assouplissement du segment inférieur de la matrice, qui oblige de retirer l'instrument et d'y renoncer. La femme est mise au bain et on fait des injections vaginales, dons la vue de relâcher l'organe utérin. La nuit se passe en souffrances.

Le 15 au matin, le col semble plutôt se refermer que se dilater ; les bords de l'orifice sont durs et sensibles ; le pouls est accéléré, la peau chaude. — Saignée du bras, bain tiède prolongé, injections. Le sang tiré de la veine se couvre d'une forte couenne inflammatoire.

A quatre heures de l'après-dînée, le col étant suffisamment relâché, M. Vanhuevel applique le forceps-scie. Toute l'opération se fait avec une extrême facilité, et les deux morceaux du fœtus sont extraits à la fois au moyen de la pince à dents de loup. La scie avait divisé toute la hauteur de la tête et la première vertèbre cervicale.

Après la délivrance, on remarque que le ventre est très gonflé et sensible à la pression. — Injections tièdes dans le vagin chambre séparée, cataplasmes, potion calmante.

Le lendemain, 16, la malade a reposé pendant quelques heures; les urines ont été rendues spontanément. Cependant, le pouls est accéléré, la peau chaude, la langue chargée, le ventre ballonné et douloureux ; les lochies sont normales. — Vingt sangsues sur l'abdomen, cataplasmes, diète.

Le 17, le pouls est accéléré, non résistant, la face est grippée, la langue suburrale, il y a des vomissements de matières verdâtres, le ventre est ballonné, moins sensible, les lochies sont odorantes.—Bain général et injections utérines, calomel à très petites doses, frictions mercurielles, cataplasmes, diète.

Le 18, même état que la veille ; lochies plus fétides ; flocons noirâtres dans l'eau ayant servi aux injections.—Continuation des mercuriaux, lavement, injections chlorurées, cataplasmes.

Le 19, selles fréquentes et fétides. lochies odorantes, ventre moins ballonné, langue sale, pouls petit et accéléré.—Frictions mercurielles, injections chlorurées, cataplasmes, diète. Vers le soir, potion diacodée pour diminuer la fréquence des selles.

Le 20, même état que la veille, mêmes moyens, plus un bain tiède dans la journée.

Le 21, point d'amélioration. Les traits de la figure commencent à s'altérer ; selles fréquentes et fétides, lochies odorantes et noirâtres, pouls petit et très accéléré.—Potion diacodée avec quelques grains de quinine, injections chlorurées, frictions mercurielles.

Le 22 et le 23, les selles ont un peu diminué de fréquence. Le 24, elles ont reparu aussi abondantes que les premiers jours et sont d'une

fétidité extrême ; lochies odorantes, noirâtres, ventre ballonné, langue sèche ; pouls petit, très accéléré. — Bain tiède, injections, cataplasmes, potion diacodée, lait coupé.

Le 25, le 26 et le 27, persistance de la diarrhée et des autres symptômes graves. — Mêmes moyens, excepté le bain.

Le 28, figure décomposée, pouls presque imperceptible, sueur visqueuse, refroidissement des extrémités, diarrhée et lochies fétides. Cet état continue de s'aggraver, et la mort suivient le 29 vers le soir.

A l'autopsie du cadavre, on découvrit les lésions anatomo-pathologiques suivantes : Inflammation du péritoine dans toute son étendue ; adhérence récente entre le rectum et la face postérieure de l'utérus ; perforation et communication de ces deux organes ; matières fécales épanchées dans la fosse iliaque gauche et le vagin ; surface interne de la matrice noirâtre : désordres occasionnés par l'inflammation gangréneuse des organes abdominaux, qui commençait déjà à se manifester avant la délivrance.

Quatrième fait. — Jeanne D..., trente-deux ans, à terme de sa seconde grossesse, délivrée la première fois par le forceps ordinaire, entre à la Maternité le 5 avril 1851. Les eaux de l'amnios sont écoulées depuis la veille ; le col utérin est dilaté, le fœtus est vivant, en position de l'épaule gauche derrière la cavité cotyloïde gauche, avec issue du bras et du cordon ombilical. On pratique la version podalique avec la main gauche, du côté droit de la mère. Après la sortie de la partie inférieure du tronc, on éprouve beaucoup de résistance pour dégager les épaules ; on ne parvient qu'à abaisser un seul bras. La tête, à son tour, offre un obstacle insurmontable à l'action des doigts et du forceps ordinaire. Le fœtus ayant cessé de vivre, on se décide à terminer l'accouchement à l'aide du forceps-scie. L'introduction de cet instrument, et la section du crâne de la base au sommet se font avec une merveilleuse facilité. L'extraction de l'enfant, dès-lors, a lieu sans difficulté.

La délivrance terminée, on pratique une injection vaginale, la femme est placée séparément, et on prescrit une potion calmante.

Le 6, la nuit a été assez calme ; émission des urines ; cependant, le matin, on trouve le pouls accéléré, la peau chaude, la respiration gênée ; il y a de la toux, point de côté, le ventre est douloureux. — Saignée de dix onces ; tartre émétique, trois grains dans une potion diacodée, boissons tièdes, cataplasmes sur le ventre, diète.

Le 7, pouls accéléré et dur, peau chaude, gêne de la respiration, toux, matité du côté droit de la poitrine, langue suburrale, ventre sensible, lochies odorantes. Le sang, tiré la veille, offre une couenne inflammatoire. — Saignée du bras, tartre émétique, cataplasmes, injections, diète.

Le soir, persistance des symptômes inflammatoires. — Répétition de la saignée, continuation des autres moyens.

Le 8, respiration plus libre, toux moins fréquente, pouls ralenti, peau humide, langue chargée, ventre ballonné, peu sensible, lochies

odorantes.—Tartre émétique, frictions mercurielles, cataplasmes, injections, diète.

Le 9, amendement de tous les symptômes.—Continuation des frictions mercurielles, des injections, des cataplasmes et de la diète.

Le 10, pouls accéléré, peau chaude, langue sèche, ventre ballonné, lochies peu abondantes, non fétides. Les phénomènes qui avaient apparu du côté de la poitrine, n'ont plus rien d'inquiétant. — Frictions mercurielles, injections, cataplasmes, diète.

Le 11, pouls calme, peau humide, langue blanche, ventre ballonné, indolore.—Même traitement que la veille. et bouillons légers.

Du 12 au 14, l'amélioration va en augmentant.

Le 15, il se manifeste un commencement de salivation : on supprime les frictions mercurielles.

Le flux salivaire fut très abondant, la convalescence fut assez longue, et la femme qui fait le sujet de cette observation quitta l'hospice entièrement guérie, le 21 mai suivant.

Cinquième fait.—Catherine L..., vingt-six ans, primipare, entre à la Maternité le 21 avril 1851. Le travail de l'accouchement a commencé l'avant-veille. Le col est presque tout dilaté, la poche des eaux est rompue, l'enfant est vivant et se présente par le sommet de la tête; le cuir chevelu est fortement tuméfié. La saillie sacro-vertébrale est très accessible; le diamètre sacro-pubien du détroit supérieur mesure deux pouces dix lignes.

Application du forceps de Dubois, avec lequel on exerce des tractions infructueuses, à diverses reprises. L'instrument est retiré et on place la femme dans un bain, on fait des injections vaginales.

Vers le soir, nouvelle tentative avec le forceps de Dubois, mais inutilement. On se décide alors à employer le forceps-scie. L'enfant préalablement ondoyé, on introduit l'instrument et la section crânienne ainsi que l'extraction des segments se font avec facilité. La tête avait été divisée au milieu du pariétal droit, de l'occiput, du front et de l'orbite du côté droit, à travers le nez et la mâchoire inférieure du côté gauche.

Une hémorrhagie interne, survenue après la délivrance, réclame l'usage de l'ergotine.

Le 22, l'opérée a reposé toute la nuit et uriné seule; pouls calme, langue nette et humide, ventre indolore, lochies naturelles. — Injections, diète.

Le 23, même état. — Bouillons faibles.

Le 24, légère accélération du pouls, langue blanchâtre, ventre indolore, lochies un peu odorantes, symptômes qui augmentent d'intensité le soir. — Diète, injections, cataplasmes.

Le 25, pouls calme, peau très humide, langue blanche, brisement des membres, ventre indolore, lochies odorantes.—Sulfate de quinine, injections, cataplasmes, diète.

Le 26, le 27 et le 28, continuation du calme. — Mêmes moyens; bouillons, légumes.

Le 29, une convalescence franche est établie. On augmente peu à peu la nourriture, et l'opérée quitte l'hospice le 1er mai, entièrement rétablie.

Sixième fait. — Thérèse G..., vingt-deux ans, primipare, entre à l'hospice le 31 juillet 1851, à dix heures du soir. Elle est à terme et en travail depuis deux jours : le col utérin est entièrement dilaté, les eaux sont écoulées de la veille ; présentation du sommet de la tête, gonflement du cuir chevelu. Le bout du doigt pénètre jusqu'à la saillie sacro-vertébrale. Dans le vagin, en arrière et à droite, il y a une déchirure apparaissant au toucher sous forme de bride longitudinale, tendue entre le col utérin et la vulve. Déjà en ville, le forceps avait été appliqué deux fois, sans succès.

Au commencement de la nuit, les contractions utérines, d'abord faibles, deviennent expulsives vers le matin.—Bain général, injections vaginales répétées.

Le 1er août, on essaie d'abord, avec précaution, l'emploi du forceps ordinaire, mais les tractions que l'on opère avec cet instrument sont inutiles et on est obligé d'y renoncer.

Une saignée est pratiquée à la femme, à cause de la chaleur des parties génitales. On constate l'absence des bruits du cœur de l'enfant.

Plusieurs médecins et des élèves étant réunis à la Maternité, M. Vanhuevel procède à l'application du forceps-scie. Votre rapporteur constate, au préalable, l'existence de la lésion du vagin. L'introduction de l'instrument, la section de la tête du fœtus et l'extraction des segments ont lieu avec facilité et promptitude. La scie avait passé à travers l'occiput, les temporaux, entre l'oreille et l'œil du côté droit, au-dessous de l'oreille gauche, par la bouche et jusque dans l'épaule située en arrière.

Après la délivrance, légère hémorrhagie utérine.—Ergotine, injections vaginales tièdes, placement de la femme dans une chambre isolée, repos.

Le 2, pouls accéléré, peau chaude, langue sèche, matrice indolore, vagin brûlant et gonflé, lochies odorantes. — Bain général, injections répétées, diète. — Le soir, les symptômes inflammatoires augmentant d'intensité, on pratique une saignée du bras et on fait des frictions mercurielles sur les membres inférieurs.

Le 3, face grippée, pouls très accéléré, peau chaude, langue sèche, ventre indolore, lochies fétides. — Frictions mercurielles, injections légèrement chlorurées, souvent répétées. L'eau des injections charrie des grumeaux noirâtres.

Du 3 au 7, les signes fâcheux augmentent chaque jour. Les lochies sont très fétides, les selles multipliées, liquides et très odorantes, le pouls petit, précipité, non résistant, la langue est sèche et brunâtre. Par le toucher, on sent le vagin ramolli, tombant en putrilage. L'eau des injections est chargée de flocons noirs.—Les bains, les injections détersives, les frictions mercurielles, et le sulfate de quinine à l'inté-

rieur ne parviennent pas à arrêter les progrès de la gangrène et de la fièvre de résorption.

Le 8, la face est décomposée, le pouls petit et misérable ; il y a des vomissements de matières verdâtres, les lochies et les selles sont fétides, et le 9, à cinq heures du matin, la malade succombe.

Nécroscopie. — Collection séro-purulente dans l'abdomen ; fausses membranes ; ramollissement de la matrice et aspect noirâtre de l'intérieur de cet organe ; gangrène du vagin, et déchirure longitudinale de ce conduit musculo-membraneux, en arrière et à droite, s'étendant jusque dans le ligament large du même côté.

Le diamètre antéro-postérieur du détroit abdominal mesure deux pouces dix lignes.

Septième fait. — Pauline V..., épouse W..., vingt-deux ans, rachitique, primipare, entre à la Maternité le 27 septembre 1851, à sept heures du soir. Le travail a commencé le matin : la poche des eaux est rompue, le cordon ombilical prolabé, le col utérin ouvert à peu près de la grandeur d'une pièce de cinq francs, mais encore résistant et dur. C'est le sommet de la tête qui se présente ; il est très élevé au-dessus du pubis. L'index atteint l'angle sacro-vertébral, tourné du côté droit. En ville, on a, deux fois déjà, essayé d'appliquer le forceps, sans qu'on y soit parvenu. A l'extérieur, la moitié gauche du bassin paraît beaucoup plus développée que la moitié droite ; les extrémités inférieures sont courbées en sens divers. Par le petit pelvimètre géométrique, le diamètre antéro-postérieur du détroit abdominal présente deux pouces deux lignes ; les autres diamètres n'ont point été mesurés, à cause de l'excessive sensibilité de la femme.

Immédiatement après son entrée à l'hospice, la femme fut mise dans un bain et on fit des injections vaginales.

A neuf heures du soir, le col est encore dur, le vagin chaud, le ventre sensible à la pression, le pouls plein et accéléré.— Saignée de douze onces, qui se couvre d'une couenne inflammatoire.

Le 28, à huit heures du matin, les douleurs ont été assez fortes et fréquentes pendant la nuit ; le pouls est accéléré, le ventre sensible, le col moins dur, mais guère plus dilaté que la veille ; les fluides brunâtres qui s'écoulent des parties commencent à exhaler de l'odeur. Plusieurs médecins sont présents. Dans le but de favoriser la dilatation du col, on convient de recourir immédiatement à l'application du forceps-scie. M. Vanhuevel désirant que je fisse moi même cette application, pour m'assurer davantage de la facilité de l'opération, je procédai à l'introduction du forceps-scie ; puis je fis agir la scie à chaînettes pendant que M. Vanhuevel tenait *seul* l'instrument et faisait marcher la clef de nouveau modèle. Nous remarquâmes l'extrême facilité avec laquelle les lames dentées étaient poussées dans leurs coulisses. La section crânienne achevée, le forceps fut détaché, et le segment postérieur, comprenant tout le sommet du crâne, l'occiput et les chairs de la partie postérieure du cou, fut extrait, non sans peine. Le fœtus était en position directe, la face tournée en avant.

Quand au segment antérieur, placé au-dessus du pubis, on ne put l'abaisser ni par la tenette, ni par le crochet mousse, à cause de son élévation et du resserrement du col utérin. On décida alors d'attendre une dilatation plus complète.

La femme fut de nouveau mise au bain, et pendant ce temps on répéta les injections. Vers midi, il survint un violent frisson. A une heure, une nouvelle réunion de médecins eut lieu, et chacun fut frappé de l'odeur de putréfaction répandue dans la chambre de travail. Le pouls est petit, accéléré, la face grippée, le ventre sensible ; le segment de la tête du fœtus est descendu un peu plus bas, sans qu'il y ait pour cela dilatation complète du col. Pour empêcher le progrès de la fièvre de résorption, on crut devoir terminer l'accouchement à tout prix. Le forceps-scie fut réappliqué comme forceps ordinaire ; des tractions fortes et prolongées opérèrent peu à peu la dilatation et finirent par amener la tête dans l'excavation du bassin. A la suite de longs efforts, on parvint enfin à dégager la figure de dessous le pubis. Un lacs fut attaché autour du tronçon de la tête ; une personne d'abord, puis deux réunirent leurs forces pour faire descendre les épaules ; ce ne fut qu'après être parvenu à glisser un crochet mousse sous une aisselle, qu'il fut possible, en tirant à la fois sur la tête et sur l'épaule, de vaincre la résistance de la matrice. Finalement, le fœtus fut extrait. Il était assez gros et putréfié ; l'épiderme s'en détachait par lambeaux.

Bientôt une légère hémorrhagie se déclara. On essaya d'extraire le placenta ; mais le col, qui s'était refermé en partie, s'y opposa. Après plusieurs tentatives, on finit cependant par attirer l'arrière-faix. Des injections d'eau tiède furent pratiquées dans le vagin et l'orifice utérin ; la femme fut placée à part et soumise immédiatement à l'usage du sulfate de quinine et d'une potion contenant quelques gouttes d'acide hydrochlorique.

Le 29 au matin, l'opérée a dormi une bonne partie de la nuit ; l'émission des urines s'est faite naturellement ; le pouls est assez calme, le facies assez bon ; la langue est humide, le ventre indolore ; les lochies sont un peu fétides ; il y a eu une selle odorante et molle, — Sulfate de quinine, quinze grains, potion accidulée ; injections fréquentes dans l'utérus, qui déterminent la sortie de plusieurs flocons noirâtres nageant dans le liquide ; bouillon faible

Vers le soir, un frisson se manifeste ; le pouls s'accélère ; le ventre reste indolore ; les lochies deviennent plus fétides. — Injections légèrement chlorurées, frictions mercurielles.

Le 30, le pouls est devenu plus calme ; les lochies conservent de l'odeur, le ventre devient sensible. On avait continué les moyens prescrits la veille, mais la malade s'était vivement opposée aux frictions qui, déjà la première fois, l'avaient irritée. A la visite du chef de service, elle réclame sa sortie de l'établissement, qu'elle quitte dans l'après-dînée.

La maîtresse sage-femme de l'hospice a suivi le traitement de l'opérée, chez elle. Heureusement son habitation est propre et bien

aérée. Elle a continué le sulfate de quinine, les injections, les soins de propreté, et suivi un régime convenable. Peu à peu les lochies, de noirâtres et fétides qu'elles étaient, sont devenues jaunes et inodores. Les seins se sont gonflés ; quelques accès intermittents ont encore reparu ; enfin cette femme a repris graduellement son genre de vie habituel et se trouve aujourd'hui, quinzièmejour de ses couches, presque entièrement rétablie

Tels sont, Messieurs, les faits que nous avons observés. Je les ai rapportés avec quelques détails, et j'ai surtout eu soin de relater les principaux phénomènes qui se sont passés après l'opération, ainsi que les résultats de l'autopsie, lorsque la mort de la femme s'en est suivie, afin de vous montrer que l'application du forceps-scie, la section crânienne opérée par cet instrument et l'extraction des morceaux du fœtus divisé sont non-seulement faciles mais encore d'une parfaite innocuité pour la femme. Vous aurez pu vous convaincre, comme moi, que dans la première, la deuxième et la sixième observation, la mort, survenue après l'accouchement, était due à des circonstances indépendantes de l'opération, et que celle-ci est complétement étrangère à cette issue funeste. Dans les conditions où ces femmes se trouvaient, la délivrance par le forceps ordinaire eût infailliblement entraîné le même résultat.

J'aurais pu, Messieurs, me borner, quant au forceps-scie, à livrer à votre appréciation les faits qui précèdent ; mais ayant à cœur de remplir dignement ma tâche et de vous mettre à même de juger avec connaissance l'importante question qui nous occupe, j'ai pensé que je ne pouvais mieux faire que de remonter à l'origine de l'introduction du forceps-scie dans la pratique obstétricale, afin de connaître le nombre exact des applications de cet instrument et leurs résultats. A cet égard, je dois des remercîments à M. Vanhuevel pour l'obligeance qu'il a eue de me communiquer les renseignements dont je pouvais avoir besoin et de mettre à ma disposition les registres de la clinique de l'hospice de la Maternité.

Je rapporterai succinctement et dans l'ordre chronologique, les différents cas dans lesquels le nouveau céphalotome a été appliqué avant que l'Académie ne s'occupât de cet objet.

C'est sur le cadavre d'une femme morte en travail que M. Vanhuevel fit, en novembre 1842, le premier essai concluant de son forceps-scie. Ce fait a besoin d'être rapporté avec quelques détails.

Élisabeth W....., à terme de sa première grossesse et en travail de l'accouchement, vint réclamer des secours à la Maternité. Le fœtus présentait le siége. Le tronc, puis l'un et l'autre bras furent dégagés sans trop de difficultés ; mais la tête resta immobile au-dessus du détroit supérieur. On appliqua, sans succès, le forceps de Dubois. On eut ensuite recours au céphalotribe : l'instrument introduit et le resserrement des branches opéré, on chercha à le tourner sur son axe tout en tirant en bas, pour mettre le diamètre réduit de la tête en rapport avec le rétrécissement du bassin : à cet instant, la femme jeta un cri,

le céphalotome s'échappa, et malgré tous les efforts de l'opérateur, elle mourut sans être délivrée.

A l'autopsie, on renouvela, sans plus de succès, les tractions sur le corps de l'enfant : même immobilité. On essaya alors le forceps-scie. La section de la tête est faite de la base au sommet. L'instrument retiré, il suffit de légères tractions sur le tronc pour que le tout se dégage avec la plus grande facilité. La tête, divisée par la scie à chaînettes, présentait un segment postérieur d'un pouce au moins d'épaisseur ; le segment antérieur était plus considérable. Le bassin de la femme n'avait que deux pouces et une ligne dans le sens antéro-postérieur du détroit abdominal. La cause de la mort était une déchirure de la matrice au niveau de la saillie sacro-vertébrale, ayant occasionné une hémorrhagie abdominale sous le péritoine.

Sur la femme vivante, le forceps-scie ne fut employé pour la première fois qu'au mois de juin 1844. Voici le fait :

Huitième fait.—Mme P...., primipare, petite de taille, ayant le bassin rétréci, ne peut accoucher malgré ses efforts répétés. Le forceps ordinaire est appliqué ; on exerce inutilement de fortes tractions avec cet instrument. L'enfant étant mort, le forceps-scie est introduit sans difficulté. Le segment postérieur sortit facilement ; l'extraction de l'antérieur se fit avec plus de peine. La dame se rétablit promptement.

Neuvième fait.— La deuxième application du forceps-scie eut lieu à la Maternité, en août 1844, sur la femme P..., de constitution débile, rachitique, dont le bassin rétréci avait deux pouces neuf lignes. La section céphalique se fit avec facilité, ainsi que l'extraction du segment postérieur. Le segment antérieur offrit beaucoup de difficultés : on dût employer le crochet mousse, qui brisa la base du crâne en deux endroits. Opérée dans des conditions défavorables, la femme succomba le lendemain matin.

A l'autopsie, on trouva dans l'abdomen une grande quantité de liquide sanguinolent, des grumeaux jaunâtres de matière sébacée sur la surface de l'estomac et des intestins, détachés du corps de l'enfant et entraînés sans doute par les eaux de l'amnios à travers une large ouverture qui existait sur le côté droit du corps de la matrice, ouverture qui s'était faite avant l'application de l'instrument. Il est à remarquer que dès son entrée à la Maternité, cette femme accusait une douleur fixe dans le flanc droit, elle avait, par intervalles, des vomissements de matières verdâtres ; le facies était livide, cyanosé, la langue froide, le pouls petit et très accéléré, symptômes qui indiquaient déjà la rupture de la matrice.

Dixième fait. — La troisième application du forceps-scie eut lieu à la Maternité en octobre 1845.

Marie A...., primipare et à terme, est prise, pendant le travail, d'un accès d'éclampsie.—Saignée, froid sur la tête ; application du forceps ordinaire sans succès On retire l'instrument, et on prescrit un bain

tiède, froid sur la tête.—Second accès convulsif, suivi d'une nouvelle saignée.

La vie de l'enfant n'étant plus sensible ni pour la mère ni pour l'accoucheur, on applique le forceps-scie. L'introduction de l'instrument et l'extraction du fœtus se font très facilement.

Le soir, céphalalgie et douleur de ventre, fièvre. Le lendemain, augmentation des symptômes inflammatoires au cerveau et dans l'abdomen ; bientôt abolition des facultés intellectuelles, épanchement, et mort le jour suivant :

Onzième fait. —La quatrième application se fit, au mois de février 1846, sur la nommée Marie D...., primipare, à terme, ayant le bassin peu vicié mais trop petit en général. Après un travail long et douloureux qui a duré trois jours et l'a épuisée, on appliqua le forceps ordinaire, mais inutilement. On a recours au forceps-scie alors que déjà on a la certitude de la mort de l'enfant. Son introduction et l'extraction du fœtus se font facilement.

Dès le soir, fièvre, douleurs hypogastriques, lochies très odorantes, symptômes d'inflammation qui vont toujours croissant, malgré un traitement approprié, et qui font succomber la femme à une métrite gangréneuse.

Douzième fait.—L'épouse R...., rachitique, est arrivée au terme de sa sixième grossesse ; son bassin ne présente que deux pouces et demi d'ouverture d'avant en arrière. L'enfant est vivant, assez volumineux, et en quatrième position du sommet de la tête. Le travail ne faisant aucun progrès, malgré les douleurs et l'effacement complet du col utérin, on applique le forceps ordinaire : tractions inutiles, la tête ne bouge pas de place. On pratique alors la version podalique, non sans de grandes difficultés et de fortes douleurs pour la femme. Après la sortie du tronc, on fait en vain des tractions méthodiques pour extraire la tête. On applique le forceps-scie et l'on termine ainsi facilement.

Une métro-péritonite se déclare et enlève la femme le sixième jour. A l'autopsie, on trouve une déchirure au côté droit de l'utérus, au-dessus du col, longue d'un demi-pouce ; l'intérieur de l'organe est noirâtre, ramolli et répandant une odeur très fétide.

Treizième fait (août 1846).—Thérèse C ...., rachitique, à terme de sa septième grossesse, dont le bassin n'offre que deux pouces cinq à six lignes, a eu tous ses enfants mort-nés. En travail depuis deux jours, elle a le col utérin ouvert, et le fœtus est en quatrième position du sommet de la tête. Application du forceps d'Uytterhoeven ; point de succès. L'enfant ayant succombé, on introduit le forceps-scie : son application et l'extraction des segments fœtaux sont faciles.

La femme sort de la Maternité le dixième jour en pleine santé.

Quatorzième et quinzième faits.—La septième (août 1846) et la huitième (février 1847) applications du forceps-scie, faites à la Maternité, ont été, la première suivie de la mort, la seconde couronnée de

succès. Les observations manquent aux cahiers d'annotations de la clinique.

Seixième fait. — Mme M..., rachitique, enceinte pour la quatrième fois, a le bassin difforme ; celui-ci ne présente que deux pouces dix lignes au diamètre antéro-postérieur du détroit abdominal. L'enfant présentant le siége , est attiré au dehors jusqu'aux épaules, les bras sont dégagés ; puis après des manœuvres infructueuses faites avec les mains, le forceps-scie est appliqué. La section terminée, l'enfant sort sans effort. La femme se rétablit promptement.

Dix-septième, dix-huitième et dix-neuvième faits (novembre 1847, janvier 1848 et avril 1848). — Les observations manquent au registre de clinique pour ces trois faits. Ils sont notés comme application du forceps-scie suivis de guérison.

Vingtième fait (mai 1848). — Anne V...., à terme de sa seconde grossesse, a le bassin rétréci. L'enfant présente la tête, la main et le cordon ombilical. On essaie en vain de repousser le cordon, qui cesse de battre. — Application du forceps de Dubois : tractions inutiles. On dégage l'instrument et on le remplace par le forceps-scie. Après la section, la calotte du crâne est extraite. Le segment antérieur est saisi par la tenette. Délivrance sans obstacle. Guérison prompte.

Vingt-et-unième fait (novembre 1848). — Élisabeth B...., rachitique, très petite de taille, primipare et à terme, n'a que deux pouces une ligne d'ouverture au diamètre antéro-postérieur du détroit abdominal. Application immédiate du forceps-scie après la dilatation du col utérin. Introduction facile de l'instrument ; extraction simultanée du forceps et du premier morceau ; difficultés pour l'entraînement du second segment et du tronc. — Guérison rapide.

Vingt-deuxième fait (novembre 1848). — Caroline D....., rachitique, enceinte pour la quatrième fois, en travail depuis le jour précédent, a subi l'application du forceps, à plusieurs reprises, en ville, sans résultat. Le bassin est vicié obliquement ; le fœtus présente la face. Version podalique, puis application du forceps-scie de la base au sommet ; délivrance facile.

La femme, atteinte d'une métrite grave, se rétablit ensuite complétement.

Vingt-troisième fait (2 janvier 1849). — Catherine S...., rachitique, primipare, a le bassin vicié par étroitesse : deux pouces deux lignes. Son enfant est mort et à terme. Application immédiate du forceps-scie. Après la section, extraction facile du morceau postérieur, très difficile de l'antérieur et du tronc. La femme sort de l'hospice en pleine convalescence le dixième jour.

Vingt-quatrième fait (janvier 1849). — Antoinette F....., primipare, à terme, a le bassin un peu vicié. Après l'ouverture du col, on applique le forceps de Dubois, mais sans succès. L'enfant étant mort, on a recours au forceps-scie. Avant la fin de la section, la scie se rompt : en tirant sur l'instrument, le crâne s'aplatit, le cerveau s'écoule et la

délivrance s'opère. — Guérison et sortie de la Maternité le onzième jour.

Vingt-cinquième fait (mars 1849).—Constance G...., à terme de sa troisième grossesse, est en travail depuis trois jours. Elle a subi, en ville, l'application du forceps ordinaire, sans résultat. Son bassin a deux pouces sept lignes d'ouverture antéro-postérieure au détroit abdominal, et la paroi cotyloïdienne gauche est déprimée. Le mari, présent à la Maternité, déclare qu'il veut qu'on sacrifie l'enfant pour conserver sa femme. Après l'ondoiement du fœtus, on applique le forceps-scie. Les deux segments, par la traction, descendent ensemble, le postérieur d'abord, puis l'antérieur.— Guérison le dixième jour.

Vingt-sixième fait (2 mai 1849). — Jeanne V....., rachitique, primipare, à terme et en travail depuis deux jours, a subi en ville l'application du forceps, à deux reprises, et sans résultat. La tête de l'enfant est serrée entre le sacrum et le pubis, fixe et immobile. La femme demande à être délivrée. On applique le forceps-scie. Après la section, on extrait le morceau postérieur, comprenant la moitié de la voûte et la région occipitale; puis l'antérieur, comprenant le front et la face. Le fœtus était en quatrième position du sommet de la tête. Sortie et convalescence complète le dixième jour des couches.

Vingt-septième fait (6 mai 1849). — Henriette M....., primipare et à terme, a le bassin vicié. Le diamètre antéro-postérieur mesure deux pouces six lignes. La femme demandant qu'on la délivre en sacrifiant son enfant, on applique le forceps-scie. L'opération se fait avec facilité et se termine bien.—Sortie guérie le dixième jour.

Vingt-huitième fait (20 mai 1849.) — Sophie G...., à terme de sa seconde grossesse, rachitique, a le bassin plus développé à droite qu'à gauche; le diamètre sacro-pubien abdominal mesure deux pouces dix lignes. L'enfant est mort. Application du forceps-scie avec succès. — Sortie en convalescence le dixième jour des couches.

Vingt-neuvième fait (juin 1849).—Césarine P....., primipare, bassin vicié. Application inutile du forceps de Dubois. Introduction du forceps-scie, qui est facile. Extraction du premier segment moins prompte que d'ordinaire, à cause de son volume; descente du second et expulsion du fœtus. Guérison.

Trentième fait (décembre 1849). — Catherine T...., primipare et à terme, a le bassin considérablement vicié; le diamètre sacro-pubien abdominal ne présente que vingt lignes d'étendue. L'enfant est mort. Application du forceps-scie *sans obstacle*. Extraction du premier morceau rendue impossible à cause du resserrement de la matrice. Tentatives de version. On ne parvient à pelotonner le fœtus que lorsqu'un commencement de gangrène a relâché un peu l'utérus. — Mort de la femme.

Trente-et-unième fait (février 1850). – Mme S...., primipare, à terme, n'offre que deux pouces trois lignes d'ouverture au diamètre sacro-pubien. Le forceps-scie est appliqué; l'enfant étant mort. Extraction

facile du morceau postérieur par le forceps, de l'antérieur, par le crochet.—Guérison prompte.

Trente-deuxième fait (mars 1840).— Catherine C....., primipare, n'a que deux pouces quatre lignes d'ouvertnre au diamètre sacro-pubien. Présentation de l'épaule. Version. Application facile du forceps-scie et section du crâne de la base au sommet; extraction sans la moindre difficulté. Guérison.

Trente-troisième fait (mars 1850). —Elisabeth G...., rachitique, primipare, à terme, bassin incliné latéralement, l'ouverture ayant deux pouces cinq lignes dans le sens antéro-postérieur, l'étendue sacro-cotyloïdienne gauche et la droite deux pouces. Présentation du siége. Extraction du tronc à l'aide du crochet mousse placé dans l'aine. Puis application du forceps-scie, dont l'introduction est retardée à cause du resserrement du col utérin. Section de la base du crâne au sommet. Extraction facile. —Guérison prompte.

Trente-quatrième fait (juin 1850). Éléonore B...., primipare, à terme, rachitique, a le bassin vicié : celui-ci mesure deux pouces dix lignes d'avant en arrière intérieurement. Application du forceps de Dubois, sans succès. L'enfant étant mort, application du forceps-scie; son introduction et l'extraction des segments sont faciles.—La femme sort convalescente le dixième jour.

Trente-cinquième sait (novembre 1850). — Catherine V...., primipare, bassin vicié, n'ayant que deux pouces dix lignes dans son diamètre antéro-postérieur du détroit abdominal, et trois pouces au transversal du détroit inférieur. Application du forceps de Dubois, avec lequel on exerce des tractions inutiles. On applique ensuite le forceps-scie dont l'introduction se fait avec facilité. La tête est extraite entièrement après la section. — Guérison.

Trente-sixième fait.—(Ce fait s'est passé en ville le 11 juin 1851, et nous a été communiqué par M. Vanhuevel.)

Grossesse à terme; largeur du bassin, deux pouces quatre lignes; l'enfant est mort. Application du forceps scie, qui se fait facilement ainsi que l'extraction des segments du fœtus. Une métrite survient cinq jours après, et est combattue par les sangsues, les frictions mercurielles, les injections, etc.—Guérison.

Voilà donc, Messieurs, vingt-neuf faits puisés dans la clinique de la Maternité de Bruxelles et dans la pratique privée de M. Van huevel, qui, réunis aux sept faits que j'ai recueillis et dont j'ai donné les observations détaillées, portent le nombre d'applications du forceps-scie à trente-six. Sur ces trente-six applications, vingt-sept femmes sont guéries et neuf sont mortes. Encore faut-il observer que parmi ces dernières, il y en avait trois avec déchirure de la matrice ou du vagin (sixième, neuvième et douzième faits) ; une avec épanchement au cerveau succédant à l'éclampsie (dixième fait) ; et quatre avec gangrène de la matrice, occasionnée par un long et pénible travail (première, troisième, onzième et trentième faits). Ce n'est donc pas l'opération, faite dans les limites convenables, qui est dangereuse, mais bien l'in-

flammation et certaines lésions des organes abdominaux, suites d'un long travail ou de manœuvres antérieures. Voilà les causes qui sont mortelles ou qui viennent compromettre le succès de l'opération qui, en elle-même, est, nous le répétons, d'une parfaite innocuité pour la femme. Par *limites convenables*, il faut entendre, comme M. Vanhuevel l'enseigne, l'application du forceps-scie dans un bassin dont l'étroitesse n'est pas au-dessous de dix-huit lignes. En la supposant possible, que peut-on attendre, en effet, de la mutilation d'un fœtus à terme, si ses débris doivent blesser le canal sensible qu'ils ont à parcourir pour être extraits ? Les déchirures, la contusion de la matrice et du vagin sont des accidents trop funestes pour qu'on s'expose à les produire en arrachant des os pointus et durs à travers une ouverture par trop rétrécie. Mieux vaudrait, à notre avis, l'opération césarienne, même pour extraire un fœtus mort, que l'embryotomie pratiquée dans des conditions aussi chanceuses.

La longueur du travail, avant que le segment inférieur de la matrice soit suffisamment assoupli et dilaté, est un autre inconvénient des parturitions laborieuses. Quand le bassin est vicié au détroit supérieur, la partie de l'enfant qui se présente, et surtout la tête, appuie sur l'angle du sacrum et sur le rebord du pubis; elle ne s'engage pas comme un coin dans l'ouverture du col, et la dilatation de ce dernier en souffre de dangereux retards. Il résulte de là, que l'utérus reste comprimé contre les saillies du bassin; le col s'engorge, se durcit au lieu de s'assouplir; la dilatation s'arrête, le travail traîne en longueur; l'organe s'irrite, finit par s'enflammer, et le résultat de toute opération ultérieure devient extrêmement douteux. Voilà la cause des insuccès de l'embryotomie par le forceps-scie, en dehors des déchirures spontanées ou accidentelles et des contusions des organes génitaux occasionnées par d'autres manœuvres. C'est, basé sur ces principes, mis en évidence à la Maternité, ainsi que nous avons pu nous en convaincre, que M. Vanhuevel soutient qu'il est utile de sacrifier le fœtus encore vivant dans le sein de sa mère, en temps opportun, quand celle-ci ne veut pas courir les chances de l'opération césarienne, plutôt que d'attendre patiemment la mort de l'enfant pour n'avoir à agir que sur un cadavre.

Cependant, avant de faire la section du crâne et surtout l'extraction de ses débris, il faut, comme on l'a pu voir dans plusieurs des observations que nous avons rapportées, que le col utérin soit assez assoupli pour permettre le passage des parties contenues dans la cavité utérine. Il est vraiment étonnant, et il faut l'avoir observé pour s'en faire une idée, combien le segment inférieur de la matrice peut opposer de résistance aux plus grands efforts, même au forceps. Le septième fait, entre autres, en est un exemple frappant. Chez les femmes contrefaites, il n'est pas rare de rencontrer ce défaut de dilatation qui retarde la délivrance; tous les accoucheurs ont pu constater ce fait. En vain met-on en usage les saignées générales, les bains tièdes, les injections vaginales, les applications locales de belladone, les lavements lauda-

nisés, les anesthésiques, etc., tous ces moyens restent trop souvent sans effet. Une idée est venue à M. Vanhuevel pour vaincre cet obstacle, et je ne crois pas être indiscret si je la communique à l'Académie, en attendant que ce praticien l'ait soumise à l'expérimentation. Voici le moyen de dilatation artificielle que ce confrère nous proposait après la dernière application du forceps-scie que nous fîmes ensemble et qu'il se promet d'essayer à la première occasion : Quand les eaux se sont écoulées et que le col tarde trop à s'ouvrir, après l'emploi des moyens connus, on pourrait, nous disait-il, introduire sur les côtés du bassin, entre la partie du fœtus qui se présente et la paroi utérine, un tuyau en métal, large de huit à neuf lignes, épais de quatre lignes seulement et long de dix à douze pouces, dont la partie inférieure serait évasée en entonnoir. Ce tuyau, courbé en avant sur sa largeur et sur le plat, comme la branche d'un forceps, logerait dans son intérieur un long morceau d'intestin grêle de nos grands animaux de boucherie, ramolli préalablement dans l'eau et dépassent le tube de plusieurs pouces en bas. Le bout supérieur serait lié par quelques tours de fil, réfléchi sur lui-même et collé avec du collodion. On pourrait lui donner la forme d'un embout, comme au mandrin du spéculum. Le tuyau ainsi disposé, s'introduirait sur le côté du bassin, à quatre ou cinq pouces au-dessus de l'orifice externe de la matrice. Une canule de clysopompe serait engagée dans le bout inférieur de l'intestin, et en forçant l'eau de monter dans le tube, on en ferait sailllir et l'on remplirait le bout supérieur du boyau. A mesure que celui-ci se gonflerait, le tube seraitre tiré jusqu'à l'orifice externe du col. Un semblable appareil serait placé de l'autre côté du bassin, et, quand on en aurait lié la partie inférieure sous le tube, on ferait des tractions lentes et prolongées sur les boyaux pour dilater peu à peu le segment inférieur de la matrice, en s'arrêtant pendant les douleurs, afin d'imiter la marche de la nature. Il est possible qu'on obtienne de la sorte une dilatation assez rapide, sans courir le risque de blesser la femme. Sans rien préjuger de ce procédé, d'ailleurs ingénieux, j'ai cru devoir le soumettre au jugement de la Compagnie. L'expérience décidera de sa valeur.

Je ne finirai pas cette partie de mon rapport sans dire un mot du forceps-scie de M. Vanhuevel.

1° L'ovale compris entre les cuillers est plus large et se prolonge plus bas que dans les forceps ordinaires, pour que la tête du fœtus puisse y plonger profondément. Cette largeur ne doit point être portée au delà de trente-et-une à trente-deux lignes, si l'on veut que l'introduction des branches soit facile, et que l'extraction des segments puisse avoir lieu par le forceps-scie lui-même.

2° La courbure des cuillers en avant est limitée par celle de la gaîne qui règne le long du bord antérieur. Cette gaîne est tracée sur un rayon de neuf pouces et demi et conduit les lames dentées sous l'entablement des branches, afin de rendre celles-ci, vers le bas, le plus étroites possible. En haut, ces branches n'ont que dix-huit lignes de largeur. M. Vanhuevel considère comme inutile, désavantageux même

de leur donner plus d'étroitesse : *inutile*, parce qu'il serait imprudent de chercher à faire l'embryotomie au-dessous d'un pouce et demi d'ouverture au bassin ; *désavantageux*, parce que le forceps tend toujours à s'appliquer en arrière contre les symphyses sacro-iliaques et la paroi postérieure de la matrice, et que plus les gaînes se rapprochent de la face postérieure du bassin, moins le segment de ce côté aura d'épaisseur, et plus l'antérieur sera difficile à extraire. Recommencer plusieurs fois l'opération pour enlever de nouveaux segments, est une complication qu'il faut tâcher d'éviter. D'ailleurs, les cas de viciation extrême du bassin sont rares : c'est entre deux et trois pouces que les difformités de cette cavité osseuse sont le plus ordinaires. Aussi est-il préférable de disposer la forme du forceps de manière à le rendre applicable au plus grand nombre des cas, qu'en vue d'une étroitesse exceptionnelle du bassin, qui exclut d'ailleurs l'opération de l'embryotomie.

3° La longueur des cuillers est de neuf pouces et demi, mesurée directement de leur partie inférieure jusqu'à leur sommet. Pour juger si elle est suffisante, on doit considérer à la fois la hauteur de la tête et celle du bassin réunies. En cas de viciation, l'étendue de la vulve au promontoire ne va pas au delà de cinq pouces ; le volume de la tête, du sommet à la base, mesure au plus quatre pouces à quatre pouces et demi. Or, si le bas des cuillers s'engage dans la vulve, c'est que la résistance du segment inférieur de la matrice, incomplétement assoupli, fait glisser le forceps, quand on l'articule, plus profondément qu'il ne le faut pour atteindre la base du crâne. On n'a qu'à ouvrir modérément les branches pour dilater le col, et tirer sur l'instrument pour l'amener plus bas, ou bien faire repousser le périnée par des aides. On arriverait au même résultat en allongeant les cuillers du forceps ; mais comme la gaîne conductrice de la scie est courbe, on ne peut augmenter sa longueur qu'en rendant le frottement de la chaînette sur le plat des maillons plus fort, et par suite, la manœuvre plus difficile.

4° Une modification plus utile a été apportée au forceps-scie par son inventeur : elle est relative à la disposition de la clef de l'instrument. Jusqu'à présent, il a fallu un aide pour tenir l'instrument, puis un second pour tourner et empêcher les mouvements de retour de la clef. On a évité l'intervention d'un deuxième aide, en mettant la clef parallèlement au manche du forceps. Le pignon seul conserve sa position transversale ; à son sommet est fixée une roue dentée de champ, dont une partie de la circonférence seulement s'engrène avec un autre pignon fixé sur une tige qui se prolonge le long du manche. Le tout est solidement réuni au moyen d'un pont qui soutient l'une et l'autre pièce. Les mouvements en sont doux et faciles, ainsi que je l'ai pu constater moi-même dans la septième observation. Voici la manière de s'en servir : lorsque les lames conductrices de la scie sont introduites dans les gaînes, on passe entre la cuisse gauche de la femme et le forceps le pignon transversal qu'on engage dans l'un et l'autre piton mobile ; puis on abaisse la clef jusque sur le crochet de l'instrument

où elle s'attache au moyen d'une broche folle. L'aide, placé à gauche de l'opérateur, empoigne de la main gauche le manche du forceps et la clef tout à la fois, tandis que de la droite il fait tourner la poignée de celle-ci, d'après les indications de l'accoucheur. L'action des deux mains de l'aide est concentrée dans un seul point : de la gauche, il pèse légèrement sur le forceds pour le porter en bas, tandis que de la droite il l'agite dans le même sens, en tournant la clef. Cette dernière n'a pas de tendance à revenir sur elle-même quand on tire sur la chaînette, tant à cause de sa position particulière que par la pression exercée sur sa longueur par la main gauche de l'aide. On peut faire avancer ou reculer les lames à volonté (1).

5° La section du crâne étant opérée, on saisit le manche du forceps de la manière habituelle, on tire directement en bas, en faisant exécuter à l'instrument des mouvements latéraux, ou on le relève peu à peu selon le point du bassin où le segment détaché est parvenu. Ordinairement ce segment cède et sort facilement, parfois même toute la tête, dont les segments chevauchent l'un sur l'autre après l'écoulement de la substance cérébrale, est entraînée. Dans d'autres cas, la résistance est grande, et on est obligé de dégager les branches du forceps après avoir, au préalable, retiré de leurs gaînes les lames dentées. On agit différemment selon la présentation de l'enfant. Est-il venu par les extrémités inférieures, on saisit le tronc d'une main, en accrochant les épaules de l'autre ; le segment antérieur, attaché au corps, sort du bassin; le postérieur est retiré avec les doigts ou la tenette. Si la section n'avait pas complétement divisé le crâne, le morceau postérieur se replie, pendant les tractions, pour suivre l'autre, et se retourne comme le couvercle d'une boîte à charnière. Est-ce le sommet de la tête qui s'est présenté le premier, on se sert d'une tenette plate et dentée disposée de la manière suivante : Les mors, aplatis de devant en arrière et courbés comme les gaînes du forceps-scie, sont larges d'un pouce et longs de trois pouces et demi ; le postérieur, en forme de levier des Flamands, présente plusieurs petits trous carrés ; l'antérieur est garni sur sa convexité d'autant de dents de loup, reçues dans les ouvertures de l'autre mors. Les deux branches, plus longues d'un pied, sont articulées de côté par un clou à large tête et par une entaillure, à la manière des forceps allemands. Elles se terminent en arrière, *la branche à trous*, par un crochet mousse qui peut remplacer celui de Levret, *la branche à dents*, par un large anneau destiné aux doigts.

Sur cette branche à anneaux glisse un crochet qui, en s'appliquant sur l'autre branche, empêche l'instrument de lâcher prise. Pour se servir de cette tenette, on introduit d'abord la branche dentée dans la

(1) Voyez pour tous les détails qui se rattachent à la construction et au mécanisme du forceps-scie, la planche annexée à mon travail, qui représente l'instrument de dernier modèle que j'ai soumis à l'Académie et qui sortait des ateliers de M. Bonneels, l'habile fabricant d'instruments de chirurgie.

rainure du crâne : un aide la soutient ; puis celle à trous est placée en arrière sous la tête, dans la cavité du sacrum. L'articulation faite, on passe deux ou trois doigts de la main droite dans l'anneau, l'index sur les branches, le pouce dans le crochet, pour extraire le segment postérieur. Après sa sortie, la branche à trous, désarticulée, est glissée derrière le pubis, sur la convexité du crâne. On peut alors l'employer comme un levier pour abaisser ce tronçon dans le vide du bassin ; enfin, on place la branche à dents derrière le segment, dans le creux de la tête, pendant que l'aide soutient la première. On articule ; le pouce de la main droite s'engage dans l'anneau, les doigts réunis dans le crochet, et l'on peut ainsi, sans danger de blesser la femme, faire des efforts même considérables. Il est entendu que la main gauche occupe le vagin, pour le garantir contre toute lésion.

Cette pince réunit à la fois une tenette à large prise, un levier et un crochet mousse. Ce crochet s'emploie quelquefois par M. Vanhuevel, lorsque le segment antérieur offre trop de résistance. D'abord une main, la gauche, est placée en supination dans le vagin, pour protéger ce canal contre les aspérités osseuses ; le pouce de cette main pénètre derrière le pubis, jusque sur la convexité du crâne ; le crochet mousse est appliqué derrière le segment, sur une partie résistante de la base ; les deux premiers doigts gauches le sont sur le dos du crochet, fixant ainsi le tronçon de la tête et l'instrument tout à la fois. Alors avec la main droite, on tire sur le manche directement en bas et en spirale, suivant de la main gauche ces mouvements à l'intérieur : le fœtus descend, et sort en exécutant un quart de rotation latérale (1).

Ce peu de mots suffiront, Messieurs, pour faire apprécier et les modifications apportées successivement au forceps-scie et l'ensemble de la méthode. Un forceps ayant, à peu de chose près, la même forme que le forceps ordinaire et dont les branches s'introduisent séparément avec autant de facilité que celles de ce dernier dans un bassin normal, contenant dans son intérieur une scie à chaînette guidée et agissant par un mécanisme d'une simplicité admirable, subordonné à la volonté de l'accoucheur, et permettant ainsi de saisir et de diviser la boîte du crâne de la base au sommet, de sorte que la section faite, on peut retirer séparément les morceaux de la tête, sans que, durant tout le temps de l'opération, on ait à craindre de blesser ou de contondre les parties de la femme : tel est le principe sur lequel repose la méthode de M. Vanhuevel. Les faits que nous avons rapportés disent assez que ce principe se trouve complétement réalisé dans le forceps-scie, et nous ne pouvons que faire des vœux pour que l'usage de cet instrument se popularise davantage parmi les accoucheurs, aujourd'hui qu'il a acquis la sanction de l'expérience. C'est un progrès dont la science obstétricale est redevable aux efforts persévérants de notre compatriote, et, en présence de si beaux résultats, nous ne pouvons nous défendre de ce sentiment de gratitude et d'admiration qu'inspire toute découverte qui a pour objet la conservation du genre humain.

(1) Voyez pour cette pince, la planche annexée au rapport.

Déjà en Italie, ce sentiment a été exprimé avec un noble enthousiasme par M. le professeur de Billi, de Sandorno, dans un travail qu'il a lu à l'Institut impérial et royal des sciences et des arts de Milan, le 5 novembre 1850, travail que m'a fait connaître mon honorable collègue et ami M. Raikem et dans lequel l'auteur a consigné deux observations d'application du forceps-scie, suivie de succès, tirées de sa pratique.

La première fois qu'il essaya d'appliquer le forceps-scie, ce fut sur une femme rachitique, âgée de vingt-cinq ans, parvenue au terme de sa première gestation, en travail depuis vingt-cinq heures, et dont le bassin vicié offrait les cavités cotyloïdes enfoncées, le sacrum plus courbé que dans l'état normal, et faisant saillie dans l'intérieur de cette cavité à son articulation avec la colonne vertébrale, et avait deux pouces et demi d'ouverture dans le sens antéro-postérieur. Le fœtus se présentait en première position du sommet et avait cessé de vivre. Le forceps-scie fut appliqué sans que la femme éprouvât la moindre sensation douloureuse ; les segments furent extraits avec quelque difficulté, et, le vingt-unième jour après l'accouchement, la femme quitta l'hospice en parfaite santé. Le second cas fut aussi heureux : la femme, âgée de vingt-quatre ans, de petite taille, rachitique, avait la colonne vertébrale contrefaite ainsi que les extrémités inférieures, et le bassin vicié de telle sorte que le diamètre sacro-pubien mesurait trois pouces trois quarts. Enceinte pour la seconde fois et à terme, après dix-huit heures d'un travail infructueux, les eaux de l'amnios étant écoulées, l'enfant présentant le sommet de la tête (l'occiput à gauche, le front à droite) au dessus du détroit supérieur et des tentatives d'extraction ayant été faites en vain, le forceps-scie fut appliqué, la mort du fœtus ayant, au préalable été constatée. L'opération fut exécutée et terminée sans que la femme éprouvât de la douleur. La section du crâne achevée, et le forceps dégagé, l'expulsion des segments et du reste du corps eut lieu par les seules forces de la nature. Le septième jour, dit l'auteur, la femme quittait l'hospice parfaitement rétablie.

En France, nous le savons, le forceps-scie n'a pas obtenu le même accueil. C'est à peine si les livres élémentaires les plus récemment publiés en font mention, et encore n'est-ce que pour exprimer une sorte de doute sur son utilité et les succès qu'on lui doit. La sanction de l'expérience que ces auteurs invoquent, est définitivement acquise, et servira désormais à fixer les incertitudes et à généraliser davantage l'emploi d'un instrument qui mérite à juste titre d'occuper l'une des premières places dans l'arsenal de l'obstétrique.

Passons au diatrypteur.

II. — DIATRYPTEUR.

Le diatrypteur, nouvel instrument que l'honorable M. Didot a présenté à l'Académie dans la séance du 28 juillet 1849, et qui a déjà fait l'objet d'un rapport lu et discuté dans la séance du 25 mai suivant, est

destiné à pratiquer l'embryotomie dans les cas de rétrécissement extrême du bassin, alors surtout que le degré d'étroitesse est tel que le forceps-scie n'est plus applicable. « Le rôle du diatrypteur commence surtout, a dit notre savant collègue, au moment où finit celui du forceps-scie. »

Désarticuler les os du crâne du fœtus dans le sein de sa mère, sans entamer les parties molles qui les recouvrent et sans recourir à des instruments tranchants ou piquants : tel est le but que M. Didot s'est proposé d'atteindre avec le diatrypteur. Je me plais à rendre hommage au génie chirurgical de l'honorable membre, mais, je le dis franchement et avec sincérité, cette méthode m'a paru, dès l'abord, hérissée de tant de difficultés, entourée de tant d'obstacles que je ne l'ai accueillie qu'avec une extrême réserve.

M. Didot vous l'a dit, Messieurs, il vous a présenté son instrument après en avoir essayé l'emploi sur le cadavre, et c'est sur ces essais que sont basées les données qui doivent servir à guider l'accoucheur dans son application. C'est aussi sur le cadavre que je l'ai essayé, ainsi que je le disais en commençant ce rapport; et c'est de ces expériences que je vais avoir l'honneur de vous entretenir.

Le 19 septembre 1851, à la Maternité de Bruxelles, je pris un bassin vicié mesurant deux pouces dans son diamètre sacro-pubien du détroit abdominal; je le plaçai et le fis maintenir sur une table, dans la position de la femme que l'on opère. Je pris ensuite le cadavre d'un enfant nouveau-né, à terme, et je le mis en position transversale de la tête, l'occiput répondant à la fosse iliaque gauche et la face au côté droit du bassin; un aide intelligent fut chargé de le maintenir fixement dans cette position. Le diatrypteur, qu'un confrère avait eu l'obligeance de me prêter, tenu de la main droite, est introduit le long des doigts de la main gauche préalablement placés dans l'excavation du bassin, comme s'il s'agissait d'opérer sur le vivant. L'extrémité de l'instrument est placée sur la suture coronale, partie du sommet la plus accessible, supposant ici la tête fixée et immobile dans cette position. Je presse sur le ressort du dard ; je cherche ensuite à faire pénétrer l'instrument, toujours guidé par les doigts de la main gauche, et malgré la brèche faite au cuir chevelu, malgré de grands efforts en poussant avec la main droite, le diatrypteur ne s'enfonce pas dans le crâne en cet endroit ; il glisse enfin en dessous de la peau divisée jusque sur la fontanelle antérieure latérale gauche où il pénètre, ce qui s'annonce par l'écoulement d'un peu de substance cérébrale. Je tâche ensuite de ramener la face, afin de la rendre accessible à l'instrument, ce que j'obtiens avec beaucoup de peine en raison de la difficulté qu'il y a d'exécuter une semblable manœuvre dans un bassin n'offrant que deux pouces d'ouverture, manœuvre que je crois même inexécutable sur la femme en pareil cas pour peu que la matrice soit contractée sur sur l'enfant. Néanmoins, le diatrypteur, dont l'extrémité mousse est plus volumineuse que l'ouverture des narines, pénètre non sans de grands efforts dans la fosse nasale gauche ; puis je le fais agir dans le

sens perpendiculaire et dans le sens transversal, afin de parvenir à luxer les os maxillaires supérieurs comme le conseille M. Didot. L'instrument est ensuite successivement enfoncé, non sans peine, dans les deux orbites, puis derrière l'apophyse mastoïde. Dans chacune de ces introductions, les branches de l'instrument furent écartées, à diverses reprises, et avec beaucoup de force, sans pouvoir produire l'éclatement des os du crâne. Le doigt introduit seul, puis armé du doigtier articulé, soit par l'ouverture des orbites, soit par celle des fosses nasales, il m'a été impossible de détacher les os maxillaires supérieurs pour les extraire par la bouche, ni même la moindre parcelle osseuse, bien que je pénétrasse facilement dans l'intérieur du crâne dont la pulpe cérébrale était presque entièrement écoulée. Le doigtier m'a paru augmenter la difficulté de l'opération, en ce qu'il ôte au doigt toute sensation du toucher, ne reste pas toujours fixe en place, et peut, si le doigt vient à lâcher prise, blesser les parties de la femme. L'instrument reporté par l'orbite, puis par les fosses nasales dans la direction du sphénoïde pour briser les portions osseuses de la base du crâne, est faite sans plus de succès ; je renonçai dès lors à tout autre essai, convaincu de l'inutilité de mes efforts.

Je me suis demandé quelle serait, en pareil cas, et après avoir obtenu un résultat si peu satisfaisant chez une femme que j'aurais voulu délivrer par l'emploi du diatrypteur, quelle serait, dis-je, la conduite que je tiendrais. Mon embarras serait grand; peut-être qu'à l'aide du crochet je parviendrais à extraire par fragments les os du crâne et à achever l'embryotomie, comme on le faisait avant l'invention du forceps-scie; mais ce ne serait pas sans faire courir de grands dangers à la femme. Mieux vaudrait, si le degré de rétrécissement le permettait, de recourir à l'application du forceps scie pour terminer l'accouchement. Je dirai encore, pour compléter ma relation, que je ne me permettrais pas, sur la femme, les efforts qu'il m'a fallu employer dans cet essai pour faire pénétrer le diatrypteur dans les diverses parties du crâne qu'il devait diviser.

Permettez moi, Messieurs, une courte réflexion sur le procédé opératoire et j'aurai terminé.

Pour pratiquer la désarticulation des os du crâne, après s'être assuré des dimensions exactes du bassin et que l'enfant a cessé de vivre, il faut pouvoir introduire la main dans la cavité utérine, et, autant que possible, modifier la position de l'enfant de manière à ce que la face soit accessible au diatrypteur, deux conditions qu'il n'est pas toujours facile de remplir, surtout si le rétrécissement est au-dessous de dix-huit lignes dans le sens antéro postérieur et si la matrice est fortement contractée sur l'enfant. Puis enfoncer successivement l'instrument dans les fosses nasales pour luxer les os maxillaires supérieurs, dans la cloison ethmoïdienne et pénétrer dans le crâne pour briser le plancher supérieur de l'orbite et luxer le coronal sur le sphénoïde ; dans l'angle interne de chaque œil pour arriver dans le fond de l'orbite et pénétrer là dans la fente sphénoïdale pour faire éclater la grande aile

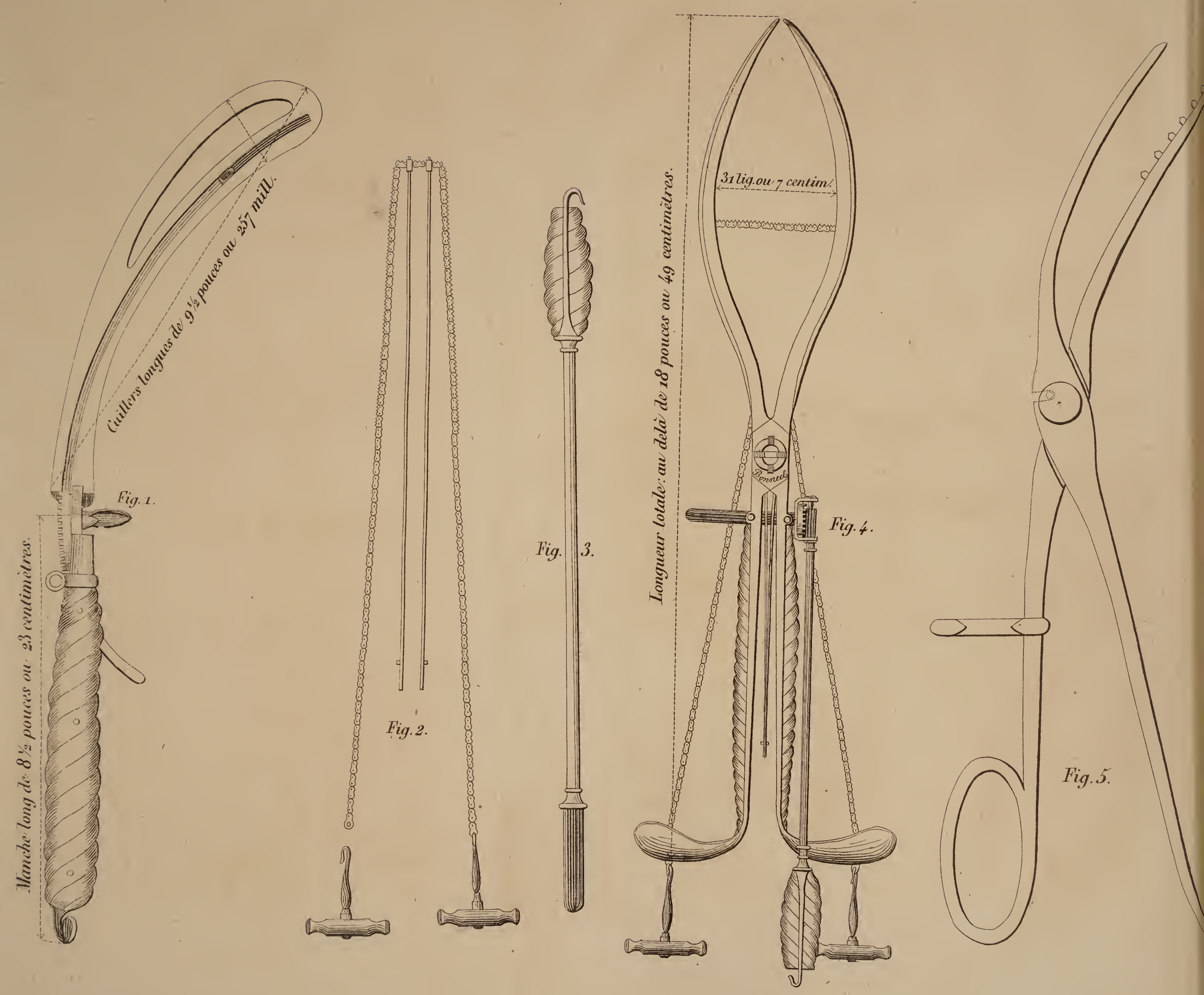
du sphénoïde ; extraire ensuite les deux maxillaires supérieurs par la bouche ; enfin reporter le diatrypteur, par l'orbite ou par la bouche, dans l'intérieur du crâne pour briser les portions encore agglomérées de la base de cette cavité et réduire celle-ci en fragments : c'est là, il faut en convenir, une opération très compliquée, extrêmement longue, douloureuse pour la femme. Un semblable procédé peut séduire en théorie, mais en pratique le charme dont il était entouré s'évanouit. Croyez-vous qu'il soit si facile d'exécuter ces diverses manœuvres pour disjoindre, faire éclater et extraire les os du crâne dans un utérus contenu dans un bassin rétréci et où la main, qui a eu de la peine à pénétrer, peut difficilement se tourner et exécuter les mouvements nécessaires ? On n'agit pas ici au grand jour pour tomber juste sur tel ou tel os, telle jointure, telle fente, etc. Je ne parle pas des efforts qu'il faudrait employer pour achever l'opération, et qui certes ne seraient pas sans danger pour la femme.

Je ne veux pas reproduire ici les objections qui ont déjà été faites lors de la discussion qui a eu lieu dans cette assemblée et à laquelle l'un de vos commissaires a pris part, ni celles qui ont été produites hors de cette enceinte. Les résultats que j'ai obtenus, et les quelques réflexions que je viens de présenter démontrent suffisamment, selon moi, l'impossibilité de pratiquer convenablement l'embryotomie avec le diatrypteur. J'en appelle à mes honorables collègues qui exercent l'art des accouchements, ils n'hésiteront pas à se ranger à mon avis. J'en appelle à M. Didot lui-même, qui semble avoir pressenti les difficultés de son procédé, puisqu'il s'est appliqué à apporter au forceps-scie des modifications qui tendent à rendre possible son emploi dans tous les cas d'angustie extrême du bassin et là où l'inventeur de cet instrument renonce à en faire usage.

En attendant que la pratique vienne réaliser cette idée, je pense que le diatrypteur ne peut être utile que dans le cas où il s'agit simplement de perforer le crâne et de le vider, alors que la réduction obtenue par ce moyen peut suffire pour opérer la délivrance. Employé dans ce but, c'est un instrument inoffensif et qui remplace avantageusement tous les perce-crânes connus.

Ici, Messieurs, finit ma tâche. J'ai rapporté consciencieusement ce que j'ai vu, ce que j'ai fait, mû par le seul désir de rechercher la vérité et d'éclairer par l'observation un point de science des plus importants pour la pratique. Je n'ai ici, vous le comprendrez, aucune proposition à présenter ; seulement je demande à l'Académie de suspendre son jugement sur les avantages respectifs de l'une et de l'autre méthode jusqu'à ce que la Commission instituée à Liége vous ait communiqué ses observations. Quand vous aurez examiné les faits observés de part et d'autre, votre appréciation sera plus facile, mieux fondée, plus juste et plus rationnelle.

FORCEPS-SCIE DU DOCTEUR VANHUEVEL.



EXPLICATION DE LA PLANCHE.

Fig. *I.* Elle représente la face interne de la branche mâle, avec sa coulisse et la lame conductrice de la scie.
Fig. *II.* Conducteurs vus de champ, armés de la scie.
Fig. *III.* Clef ancienne pour mouvoir les lames dentées dans leurs gaînes.
Fig. *IV.* Forceps-scie tout monté, avec la clef longitudinale de nouveau modèle.
Fig. *V.* Tenette à dents de loup, pour extraire les segments du crâne divisé.

— M. le Président : La parole est à M. Fossion pour donner lecture du travail de M. Simon, sur le même sujet.

— M. Fossion lit le travail suivant :

Observations d'application du forceps-scie, suivies de quelques considérations sur cet instrument et sur les différents moyens employés jusqu'à ce jour pour délivrer la femme dans le cas d'angustie du bassin; par le docteur H. Simon, membre correspondant, à Liége.

PREMIÈRE PARTIE.

Obs. I. Élisabeth D...., âgée de vingt-deux ans, primipare et à terme, entre à l'hospice de la Maternité de Liége, le 11 février 1851, à dix heures du soir. Les premières douleurs commencèrent le 11 dans la matinée; mais faibles et irrégulières d'abord, elles ne se développèrent complétement que le lendemain matin, époque à laquelle le travail s'établit pour suivre une marche régulière. Appelé à la Maternité, vers les dix heures, au moment où venait d'avoir lieu la rupture naturelle des membranes, je procède à un examen détaillé, et je reconnais que cette femme, d'un tempérament lymphatique bien prononcé, porte les traces évidentes du rachitisme dont elle a été atteinte dans son enfance. Sa taille est un peu en dessous de la moyenne; les tibias sont fortement arqués en avant et en dedans; les fémurs présentent une légère incurvation en dehors. Le sacrum, très court, est fortement recourbé sur sa face antérieure, tandis que la symphyse pubienne est aplatie, enfoncée vers le centre du bassin. Les membres supérieurs et le rachis n'offrent rien d'anormal.

Le col de la matrice, dur et rigide, est dilaté au point que son ouverture offre à peu près les dimensions d'une pièce de cinq francs. Le fœtus se présente en première position du sommet de la tête. Le doigt indicateur touche avec facilité la saillie sacro vertébrale; en effet, le diamètre antéro-postérieur du détroit abdominal, mesuré alternativement avec le doigt, au moyen du compas d'épaisseur de Baudeloque,

et du pelvimètre de M. Vanhuevel, ne donne que deux pouces et demi d'étendue. Les diamètres oblique et transverse, moins longs que dans l'état normal, sont cependant loin d'offrir une réduction aussi prononcée que celle du diamètre sacro-pubien. Le détroit inférieur n'est pas rétréci ; l'excavation, assez régulière, offre peu de hauteur. Cet examen étant terminé, nous nous décidons à retarder la délivrance de quelques heures, pour attendre une plus grande dilatation du col utérin. A quatre heures après midi, il est mou, souple et suffisamment dilaté pour permettre l'accouchement artificiel ; les contractions utérines sont fortes, et, malgré cela, la tête reste invariablement fixée au-dessus du détroit supérieur.

L'impossibilité de l'accouchement ayant été reconnue par nous et par plusieurs praticiens dont nous avions réclamé le secours et les lumières, il ne nous restait qu'à choisir entre la triste nécessité ou de sacrifier l'enfant, ou de faire sur la mère l'opération césarienne. Consultée sur le genre de sacrifice auquel elle voulait se soumettre, la patiente se refusa à toute espèce d'opération sanglante pratiquée sur elle-même. L'embryotomie fut donc décidée.

La femme étant convenablement placée et maintenue par des aides, la position de l'enfant ayant été, de nouveau, rigoureusement déterminée, je procédai sur-le-champ à l'application du forceps scie, après avoir préalablement ondoyé le fœtus.

Les branches de l'instrument furent appliquées sans difficulté, la première vis-à-vis de la symphyse sacro-iliaque gauche, la seconde vis-à-vis de la symphyse sacro-iliaque droite, puis ramenée derrière la cavité cotylloïde du même côté. Ces branches ayant été articulées, la scie fut mise en mouvement, et la section de la tête fut pratiquée. Ces différents temps de l'opération furent exécutés sans grandes douleurs pour la patiente, et en moins de dix minutes.

Je retirai le forceps après quelques tractions inutiles pour entraîner le fœtus, et je le remplaçai par de fortes pinces, à l'aide desquelles je parvins à faire descendre dans l'excavation du bassin les deux segments du crâne, tenant encore l'un à l'autre par un lambeau du cuir chevelu ; lorsqu'ils furent arrivés au détroit inférieur, je les saisis avec le petit forceps de Smellie, pour éviter les lésions du vagin et de la vulve, et j'en opérai l'extraction.

La tête avait été divisée en deux parties à peu près égales dans la direction du diamètre occipito-mentonier. La scie était allée plus loin ; elle avait atteint le haut de la poitrine, et divisé les chairs.

Le poids de l'enfant était de six livres, sa longueur de dix-huit pouces. Les principaux diamètres de la tête ont donné les mesures suivantes :

Diamètre	occipito-frontal	4 pouces.
—	occipito-mentonier. . . .	4 3/4 pouces.
—	bipariétal.	3 1/2 pouces.

En tout, l'opération a duré un quart-d'heure.

La délivrance eut lieu naturellement au bout de quelques minutes ; les suites des couches ne présentèrent rien de particulier et n'offrirent aucun phénomène différent de ceux d'une parturition naturelle. Le neuvième jour, la femme D.... complétement rétablie, quittait l'hospice.

(*La suite à un prochain numéro.*)

OCT. 1851.	Baromètre réduit à 0°, à 9 h. du matin.	Température centigrade de l'air, à 9 h. du m.	Extrêmes de la température centigrade. Maxim.	Minim	Quantité d'eau recueillie à midi en millim.	VENTS dominants.	ÉTAT DU CIEL OU ASPECT GÉNÉRAL DE LA JOURNÉE.
	mm.	°	°	°	mm.		
1	745,94	13,4	17,0	10,2	0,38	S.-SSO.	Assez beau, mais vent fort.
2	745,61	13,5	17,5	10,1	»	SSE.-SE.-S.	Beau.
3	750,33	11,5	16,6	8,2	»	S -SSO.	Beau.
4	750,35	12,8	17,0	9,2	»	S.-SE.-SSE.	Beau le matin et le soir ; pluie l'après-midi.
5	751,71	10,5	16,6	9,1	2,80	SSE.-SE.-S.-SO.	Beau le matin et le soir ; pluie l'après-midi.
6	754,21	12,1	15,5	7,4	5,09	SO.-SSO.	Beau le matin et le soir ; pluie l'après-midi.
7	754,66	12,1	14,9	10,4	12,47	SO.	Assez beau le matin ; petite pluie et vent le soir.
8	754,07	12,7	15,6	10,8	0,25	SO.-SSO.	Nuageux le matin, superbe le soir.
9	758,45	10,7	14,0	6,2	»	SO -O.	Assez beau le matin ; sombre et pluvieux le soir.
10	757,67	15,2	17,0	10,1	11,32	SSO.-SE.	Pluvieux.
11	765,81	15,3	17,5	13,9	0,64	SSO.-SO.	Sombre mais assez beau ; bruine le matin.
12	767,00	14,4	18,3	11,5	0,13	SO.	Très-beau.
13	763,71	14,3	18,4	10,7	»	SO.	Superbe.
14	758,21	13,9	19,2	12,7	6,49	SO.-SSO.	Sombre, pluvieux.
15	749,23	14,7	15,4	11,2	2,04	SO.-SSO.	Sombre ; pluie le soir.
16	747,75	9,6	14,2	7,1	5,05	SO.-S.	Sombre le matin ; pluie, puis très-beau le soir.
17	752,81	8,3	12,5	5,2	5,22	SO.-SSO.	Beau.
18	759,95	10,0	11,9	4,6	0,13	SSO.-SO.	Très-beau.
19	760,42	10,5	13,1	8,3	»	SO.	Sombre ; bruine le matin.
20	762,34	12,9	16,1	10,5	0,13	SO.	Assez beau le matin ; sombre le soir.
21	759,62	11,2	16,7	9,2	0,13	SO.	Beau le matin ; sombre le soir.
22	759,99	10,9	15,4	10,0	»	SO.-SE.	Sombre ; bruine le matin.
23	764,20	11,6	14,1	10,0	»	S.-SO.	Sombre, assez beau.
24	766,75	10,8	14,2	10,3	»	SO.	Sombre, assez beau.
25	766,90	10,7	12,8	9,8	»	SO.-S.	Sombre.
26	763,66	8,5	12,0	6,4	»	SE.-NE.	Superbe.
27	758,69	9,2	12,1	6,2	»	OSO.	Sombre ; petite pluie le soir.
28	760,22	9,8	12,6	8,9	0,38	SO.-ONO.-OSO.	Sombre, incertain.
29	742,18	8,6	12,2	8,2	10,05	OSO.-SO.	Pluvieux.
30	742,48	6,1	8,9	3,4	3,05	SO.-ONO.	Pluie le matin ; incertain le soir.
31	746,26	5,8	6,8	3,9	0,51	SO.	Incertain ; brouillard le matin, pluie l'après-midi.

REPRODUCTION ET REVUE

DES

JOURNAUX ETRANGERS.

III. Anatomie et Physiologie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

1. *Mémoire sur la carnification*; par M. C. Baron, médecin des hôpitaux.

(Gazette médicale de Paris, Nos 46 et 47; 1851.)

Le mot *carnification* fut d'abord employé comme synonyme de celui d'hépatisation. Ce n'est que dans ces derniers temps que ce nom fut réservé à une altération spéciale que l'on distingua alors des autres maladies du poumon, et qui est le sujet de ce mémoire. Parmi les auteurs qui ont décrit cette affection, les uns, comme MM. Rufz, Valleix se sont bornés à en tracer les principaux caractères, sans lui assigner un nom particulier, tout en reconnaissant que l'aspect de cette lésion différait de celui de l'hépatisation ordinaire. D'autres, M. Barrier, MM. Rilliet et Barthez, en distinguant ces deux altérations, ont affecté à l'une d'elles la dénomination fort juste et désormais généralement admise de carnification.

Grâce aux pathologistes qui se sont occupés de cette dernière maladie, l'anatomie en est tracée assez complétement ; mais il y a si peu de temps que cette affection a pris place dans les cadres nosologiques, que l'on ne peut s'étonner que quelques parties de son histoire ne soient pas encore suffisamment éclaircies. Par exemple, son mode de production est encore en litige ; tandis que la plupart des pathologistes attribuent la carnification à l'inflammation. MM. Legendre et Bailly regardent cette altération comme résultant de la non-pénétration de l'air dans la portion du poumon qui en est le siége ; pour eux, la partie carnifiée est simplement une partie privée d'air, revenue à ce qu'elle était

pendant la vie utérine; aussi appellent-ils la carnification état fœtal. Cette ingénieuse théorie est admissible pour un grand nombre de cas ; mais elle ne me paraît pas, non plus que l'inflammation seule, les expliquer tous suffisamment.

Ayant observé des faits qui, mettant sur la voie de certaines conditions propres à favoriser le développement de la carnification, peuvent ainsi éclaircir le mode de production de cette altération, j'ai cru utile de les faire connaître.

Mes observations offrent encore l'avantage de fournir des exemples de carnifications occupant d'autres organes que le poumon, tandis que celle de ce dernier viscère avait, jusqu'à présent, attiré presque exclusivement l'attention des pathologistes. Nous verrons que la carnification du poumon et celle des autres organes se développent dans des conditions semblables, sont très fréquemment simultanées et offrent un aspect et des caractères identiques; il est donc indubitable que l'altération est la même dans toutes les parties du corps, et qu'au lieu de restreindre la possibilité de son existence aux organes respiratoires, il convient de généraliser sa description.

Je commencerai par la relation succincte des faits que j'ai observés, et je dirai ensuite quelles conclusions je crois pouvoir en tirer.

Obs. I — Julie Sagou, âgée de 14 ans, blanchisseuse, habitant depuis deux mois et demi une chambre humide, dans un quartier central de Paris, entre à l'hôpital des Enfants malades, le 13 octobre, 1840, au premier jour d'une éruption de variole.

Cette variole marche régulièrement; elle est suivie d'une hydrargyrie résultant de l'application d'une pommade mercurielle abortive sur la face, pendant l'éruption variolique ; puis, d'un phlegmon peu étendu, au niveau de la hanche droite et d'un abcès assez considérable au front; enfin, d'une anasarque débutant, le 12 novembre, par la face, et gagnant ensuite le reste du corps, avec albuminurie.

Les 27 et 28 octobre, pendant l'existence de l'ydrargyrie, on constata, dans le tiers inférieur du côté postérieur droit de la poitrine, une notable diminution du bruit respiratoire, sans diminution de la sonorité à la percussion, sans égophonie et sans douleur de côté, avec une toux à peine appréciable.

On trouve, à l'autopsie, une double affection de Bright ; deux litres de sérosité citrine dans le péritoine, avec une injection fine, assez générale, à la surface externe de l'intestin. La rate a 11 centimètres et demi de hauteur, 8 centimètres et demi de largeur ; assez pâle à l'extérieur, lie-de-vin grisâtre à l'intérieur,

elle est infiltrée d'une assez grande quantité de liquide. Les parois de la vésicule biliaire infiltrées ont une épaisseur de 5 millimètres.

Trois ou quatre cuillerées de sérosité dans le péricarde : une petite ulcération à la partie supérieure de la trachée; un litre et demi de sérosité citrine dans chaque cavité de la poitrine. Le poumon droit est partout assez souple et offre une coloration bleuâtre ; il surnage de la moitié de son étendue ; ses lobes moyen et supérieur sont unis par des adhérences très difficiles à vaincre. Ce poumon est partout infiltré de liquide ; on en trouve aussi une assez grande quantité dans les bronches, dont la surface interne offre généralement une teinte un peu brune ; le tissu pulmonaire est d'un rouge brun, dans toute l'étendue de l'organe, plus foncé à la partie postérieure ; sa cohésion semble partout un peu diminuée. La surface de section n'est grenue nulle part. Le poumou gauche offre la même coloration que le droit, à l'extérieur, mais il crépite généralement peu et est un peu dense dans sa moitié postérieure ; un tiers seulement de son étendue surnage. A l'intérieur, il est infiltré de liquide, mais ce liquide semble moins libre et plus combiné avec le tissu ; la coloration est la même qu'à droite, mais le doigt pénètre beaucoup plus difficilement, et même, en beaucoup de points, surtout vers la partie postérieure, il ne peut pénétrer dans le parenchyme, qui est dense et ne crépite pas ; il y a commencement de carnification ; les bronches sont généralement plus pâles que celles de l'autre côté et contiennent moins de liquide.

Cette observation nous offre un exemple de carnification du poumon coïncidant avec une diathèse séreuse, ayant déterminé des épanchements et des infiltrations multiples. L'affection de Bright, provoquée par la variole ou par l'hydrargyrie, était préparée par l'habitation insalubre et l'humidité.

Parmi les infiltrations trouvées sur ce sujet, arrêtons-nous d'abord sur celle des poumons. Dans le droit, c'est un simple œdème pulmonaire qui, toutefois, commence déjà à altérer le tissu dont la cohésion semble un peu diminué. Dans le gauche, l'altération du tissu est plus avancée. Le liquide ne se présente plus tout à fait comme dans l'autre poumon ; il semble moins séparé du parenchyme, plus combiné avec lui, et, ce qui est digne de remarque, c'est que, plus cette combinaison devient intime, plus l'on voit la cohésion de l'organe augmenter et la carnification se développer ; et, comme pour confirmer la réalité de cette gradation, c'est surtout dans la partie postérieure du poumon, région dans laquelle l'infiltration est ordinairement le plus prononcée,

que cette combinaison entre le liquide et la substance de l'organe s'est opérée le plus complétement.

Quoique l'œdème coïncide d'un côté avec un ramollissement du tissu pulmonaire, de l'autre, avec une augmentation de la cohésion de ce même tissu, la présence de cet œdème dans les deux organes semble indiquer cependant que les lésions des deux poumons, malgré leur différence apparente, ont néanmoins une nature identique. Nous reviendrons plus tard sur ce point.

Nous discuterons aussi la valeur d'un caractère que présentait l'œdème chez le sujet de cette observation, et que nous retrouverons encore chez plusieurs autres, c'est que cet œdème n'était point spumeux.

Il est probable que l'œdème du poumon et la carnification se développèrent pendant l'existence de l'hydrargyrie, lorsque l'on constata quelques modifications dans les signes stéthoscopiques. On ne serait pas néanmoins en droit de conclure que ces affections pulmonaires n'eurent pas de rapport avec l'albuminurie, parce que l'œdème du tissu cellulaire sous-cutané ne se manifesta que quelques jours après celui du poumon. Il est vrai que l'on ne découvrit la présence de l'albumine dans les urines que lorsque l'on s'aperçut de l'anasarque ; mais il n'y eut qu'un intervalle très court entre le développement de l'œdème pulmonaire et celui de l'anasarque ; de plus, l'œdème du tissu cellulaire sous-cutané n'est pas nécessairement le premier qui se développe dans l'affection de Bright. Je crois que l'œdème du poumon était, comme les autres, l'effet de l'albuminurie, que cette dernière maladie existait plusieurs jours avant l'apparition de la bouffissure de la face, et que si les urines eussent été expérimentées à l'époque du développement de l'œdème pulmonaire, on les eût déjà trouvées albumineuses. Si l'œdème pulmonaire ne survint pas avant l'anasarque, mais en même temps que celle-ci, ou après elle, son identité avec les autres hydropisies trouvées chez Julie Sagou est encore plus incontestable. Au reste, il m'importe beaucoup moins de rechercher le rapport entre la maladie de Bright et l'œdème pulmonaire qui, d'ailleurs, n'est contesté par personne, que le rapport entre cette dernière affection et la carnification ; mais je me suis arrêté sur le rapport de succession entre l'œdème pulmonaire et l'hydropisie sous-cutanée, parce que la carnification ayant été, chez ce sujet, simultanée avec l'œdème pulmonaire, cette observation me fournit l'occasion d'établir que dans les cas où le développement d'une carnification précède celui d'une anasarque, on ne peut néanmoins conclure de cette succession qu'il n'est pas possible que la carnification

ait été précédée d'un œdème dans l'organe qui en est le siége.

La quantité du liquide contenu dans la cavité de la plèvre serait assez notable pour qu'il fût possible d'attribuer la carnification du poumon à la compression opérée sur cet organe par ce liquide. Mais les raisons suivantes m'empêchent d'admettre cette explication : 1° La surface du poumon carnifié est libre de fausses membranes, plus susceptibles qu'un épanchement séreux d'empêcher les mouvements d'expansion et de retrait de l'organe et enveloppant ordinairement les poumons carnifiés par compression pleurétique. 2° Le poumon carnifié était infiltré d'une notable quantité de liquide, tandis qu'un poumon comprimé par un épanchement est ordinairement, au contraire, plus sec qu'un poumon libre de compression, parce que cette compression même est un obstacle à l'afflux du liquide dans l'organe. 3° Le volume d'un poumon comprimé est ordinairement diminué, ce qui n'avait pas lieu, dans ce cas, pour celui qui était le siége de la carnification.

L'œdème de la rate n'était pas accompagné d'une modification dans la consistance, comme nous verrons dans d'autres observations ; mais cette lésion mérite néanmoins d'être notée, parce qu'elle indique que la rate est l'un des organes qui s'infiltrent ordinairement dans les diathèses séreuses.

Obs. II. — Louise Feugneur, âgée de 7 ans, entre à l'hôpital des Enfants malades, le 19 octobre 1840, avec une albuminurie, de l'œdème aux paupières, au membre supérieur droit et aux deux membres inférieurs.

Le 21, on commence à constater de la matité et une diminution notable du bruit respiratoire, en arrière, dans le tiers inférieur des deux côtés du thorax. Le 23, matité dans le tiers inférieur du côté droit postérieur et dans la moitié inférieure du côté gauche postérieur. Alors l'anasarque diminue un peu. Mais le 25, l'anasarque augmente de nouveau, et devient bientôt générale. Les urines contiennent toujours une notable quantité d'albumine. Le 27 et le 28, matité et diminution très notable du bruit respiratoire dans le tiers inférieur du côté gauche postérieur. Le 29, une petite toux fréquente se joint aux autres symptômes. Une dyspnée croissante s'observe jusqu'à la mort qui a lieu le 31 octobre.

Quantité considérable du sérosité dans le tissu cellulaire sous-cutané et dans l'intervalle des muscles. Les deux reins offrent les caractères de la néphrite albumineuse, sauf les granulations. Environ un litre de sérosité dans la cavité du péritoine. Les divers replis de cette membrane sont infiltrés. Il en est de même

des parois de l'estomac, de l'intestin grêle, et du gros intestin, ainsi que de celles de la vésicule biliaire, dont l'épaisseur est par là augmenteé.

Chaque cavité pleurale contient environ cinq cuillerées de sérosité rougeâtre. Quelques adhérences celluleuses entre les lobes du poumon droit qui est grisâtre et crépitant partout, si ce n'est à la face interne, derrière la racine où la coloration est bleuâtre ; il surnage de plus des deux tiers. Les bronches ont une teinte un peu livide ; à la partie postérieure et inférieure, le tissu du poumon est rouge et laisse facilement pénétrer le doigt, quoique la surface de section ne soit pas grenue. Dans le reste de son étendue, le poumon offre une coloration d'un gris rosé et, excepté dans quelques points, conserve sa cohésion ; partout l'organe est infiltré de sérosité rougeâtre. Le poumon gauche surnage à peine d'un cinquième ; la coloration extérieure est bleue, l'organe dense et non crépitant, hormis à la partie supérieure du bord antérieur où sont quelques plaques d'emphysème. Les bronches sont généralement livides, comme du côté droit ; à l'intérieur, partout le poumon est brun lie-de-vin sombre, infiltré d'une grande quantité de sérosité sanguinolente et laisse facilement pénétrer le doigt ; les surfaces de section ne sont pas grenues, mais lisses et humides. En quelques parties, si le doigt ne pénétrait pas assez facilement, on dirait que le tissu est carnifié, tant les divers éléments semblent confondus en une substance homogène.

Dans des conditions propres à produire des hydropisies et, en même temps que des hydropisies multiples, survient un œdème pulmonaire double, très prononcé, au milieu duquel, du côté où l'infiltration est le plus considérable, on trouve quelques parties qui semblent carnifiées, mais dans lesquelles le doigt pénètre encore assez facilement. Il est vraisemblable que c'est là un commencement de carnification, une carnification encore incomplète, qui, ultérieurement, aurait joint l'augmentation de cohésion à ses autres caractères. L'altération, ainsi que les circonstances qui l'accompagnent, est donc très analogue à celle décrite dans l'observation précédente. Il semble qu'elle soit moins avancée qu'elle ne l'était dans le poumon gauche, chez Julie Sagou, plus avancée que dans le poumon droit de cette jeune fille.

Est-ce aux altérations trouvées dans le poumon ou à des épanchements pleurétiques qui auraient disparu avant que la malade succombât, qu'il faut attribuer les modifications survenues dans les résultats de la percussion et de l'auscultation ? La première explication est la plus probable ; car on ne perçut pas

d'égophonie, et, s'il y avait eu un épanchement pleurétique, cet épanchement, en se résorbant, aurait suivi, dans les derniers jours, une marche complétement opposée à celle des autres hydropisies, qui alors, au contraire, augmentaient.

Je ne pense donc pas qu'il se soit formé d'épanchement pleurétique notable. Mais s'en fût-il formé, on ne pourrait prétendre que la carnification en fût le résultat, car cet épanchement n'eût pas été assez considérable, et n'eût pas duré assez longtemps pour la produire ; d'autant plus qu'il ne restait pas de fausses membranes autour du poumon, pour continuer la compression de cet organe. D'ailleurs, comme dans le cas précédent, le poumon était fort infiltré de liquide, au lieu d'être sec comme un poumon comprimé, et son volume n'était pas diminué.

Chez Louise Feugneur, la carnification était plus avancée du côté où la quantité du liquide infiltré était le plus considérable. Nous verrons le contraire chez d'autres sujets.

L'alternative observée, chez Louise Feugneur, entre l'anasarque et les symptômes d'affection thoracique, ne doit pas étonner, si l'on admet que ces symptômes étaient liés à un œdème pulmonaire; car on voit ordinairement, dans ces circonstances, l'œdème se porter d'une région à une autre, changer plusieurs fois de siége, avant que la maladie soit assez avancée pour que l'hydropisie devienne à peu près générale.

Obs. III. — Clotilde Dupont, âgée de 4 ans, entre à l'hôpital des Enfants malades, le 10 février 1839.

Après avoir habité pendant six mois une chambre humide, elle tomba malade, deux mois avant son entrée à l'hôpital, et présenta dès lors les signes rationnels de la tuberculisation. Il s'y joignit, quinze jours avant l'entré à l'hôpital, à la suite d'un bain, une anasarque générale qui débuta par les membres inférieurs et gagna ensuite tout le reste du corps, même la face. Après avoir duré environ dix jours, cette anasarque disparut dans le même ordre qu'elle s'était manifestée. En même temps, commença une gangrène au devant de la partie moyenne du maxillaire inférieur.

Lorsque cet enfant entra à l'hôpital, le menton et la lèvre inférieure étaient en partie envahis par la gangrène ; une large tache noire, une induration notable, et la chûte de trois incisives inférieures étaient le résultat de cette maladie. La paroi abdominale était tendue, et le volume de cette partie contrastait avec la maigreur prononcée de tout le reste du corps. L'enfant avait une diarrhée très fétide. Son pouls était imperceptible. Les jours suivants, cette diarrhée persista. L'appétit, qui d'abord

était considérable, se supprima ; la gangrène envahit toute l'étendue de la lèvre inférieure, de la gencive correspondante et du menton; une prostration de plus en plus prononcée survint. Tandis que, le jour de l'entrée à l'hôpital, la percussion du thorax était sonore et le bruit respiratoire normal, deux jours après, le bruit respiratoire devint un peu soufflant à droite et en arrière, et la moitié inférieure de la même région du thorax, mate à la percussion. L'enfant très abattue était habituellement couchée sur le dos ou sur le côté droit. Elle succomba le 15 février 1839.

Outre les altérations locales de la gangrène, on trouve une adhérence générale de tous les viscères de l'abdomen entre eux, par l'intermédiaire de fausses membranes péritonéales, recouvrant tous les organes de cette cavité, ainsi que la face profonde de la paroi abdominale antérieure, et contenant dans leur épaisseur un grand nombre de tubercules ; de nombreux points d'inflammation à la membrane du gros intestin ; un foie gras ; les ganglions bronchiques presque entièrement occupés par des tubercules ; une coloration d'un rouge-brun foncé, une légère diminution de cohésion dans la partie postérieure du lobe inférieur du poumon gauche ; les deux plèvres sans altérations.

Les lobes supérieur et moyen du poumon droit surnagent, tandis que la presque totalité du lobe inférieur de cet organe gagne le fond du vase. La coloration extérieure du lobe supérieur et du lobe moyen est d'un gris violet ; celle du lobe inférieur, violacée. A l'intérieur, les lobes supérieur et moyen sont d'un gris rouge, et la pression en fait sourdre une assez grande quantité de liquide spumeux. On ne rencontre pas la même infiltration dans le lobe inférieur, dans la plus grande partie duquel la surface de section est lisse, non grenue, d'un rouge brun uniforme, et présente l'aspect de la chair ; le doigt, toutefois, s'y enfonce assez facilement.

Ce qu'il m'importe de faire ressortir, dans ce cas, c'est l'existence de la carnification chez un sujet qui venait d'être affecté d'une anasarque, et chez lequel toutes les parties non carnifiées du poumon droit étaient occupées par un œdème notable. La carnification était encore à un degré moins avancé que nous la rencontrerons dans plusieurs des observations suivantes ; on pouvait la regarder comme commençante, condition d'ailleurs en rapport avec le court intervalle qui sépara le moment de la mort de celui où l'on commença à percevoir des signes de maladie dans le poumon droit.

Ces signes appartiennent, sans contredit, à la carnification ; car si, dans les deux observations précédentes, il était jusqu'à un

certain point possible d'élever quelque doute sur leur cause, il ne l'est plus chez Clotilde Dupont. Chez cette jeune fille, en effet, on ne pouvait attribuer les symptômes stéthoscopiques et la carnification du poumon à un épanchement pleurétique. Il n'y avait pas d'égophonie ; la matité était perçue dans un intervalle trop peu étendu pour que, si elle eût été due à un épanchement, cet épanchement fût assez considérable pour comprimer le poumon au point de le carnifier. On ne trouva pas, à l'autopsie, de liquide dans la plèvre, et cependant la matité fut perçue encore quelques heures avant la mort ; ce qui démontre aussi que cette matité n'était pas produite par un épanchement, car ce n'est pas en quelques heures, et surtout dans les dernières heures de la vie, qu'une collection de liquide assez grande pour carnifier un lobe de poumon tout entier peut être résorbée. Enfin, quand on rencontre des lésions très susceptibles de fournir l'explication des symptômes, pourquoi supposer l'existence d'autres lésions ? Les signes physiques étant donc certainement liés à la carnification, chez Clotilde Dupont, nous pouvons en conclure qu'ils dépendaient de la même cause dans les deux cas précédents où ils étaient semblables ; c'est une preuve à ajouter à celles que j'ai déjà données de la production des symptômes stéthoscopiques par la carnification chez Julie Sagou et Louise Feugneur.

Il n'est pas indifférent de se rappeler le décubitus habituel de Clotilde Dupont, pendant les jours qui précédèrent la mort, car c'était une condition bien propre à favoriser l'engorgement du poumon droit.

La grande ressemblance des altérations décrites dans les deux précédentes observations et dans celles-ci n'est pas moins intéressante à remarquer ; la modification est plus avancée dans la troisième que dans la seconde, puisque, sauf l'augmentation de cohésion qui certainement serait survenue plus tard, il ne manquait aucun caractère à la carnification. Chez Clotilde Dupont, la carnification avant déjà envahi toute l'étendue d'un lobe, tandis que, chez Louise Feugneur, elle n'était encore reconnaissable que dans des points disséminés. En rapport avec ce degré moindre de l'altération, chez celle-ci, remarquons que le lobe dans lequel siégeait la carnification était encore œdématié, tandis que, chez Clotilde Dupont, l'œdème n'était pas appréciable dans le lobe carnifié, mais seulement dans les deux autres.

Quoique, dans la troisième observation, on ne rencontre pas la carnification dans le même lobe que l'œdème, ainsi qu'on l'a vu dans les deux premières, il est permis d'admettre que chez Clotilde Dupont, comme chez les autres, il existe une relation

intime entre l'œdème et la carnification. La gradation de l'un à l'autre est, à la vérité, moins évidente; mais il est très vraisemblable que les différentes portions du même organe, douées d'une organisation et de propriétés identiques et réunies par la continuité de leurs principaux éléments, sont affectées d'une maladie de même nature, surtout quand cette maladie n'a qu'une durée de deux ou trois jours; il est donc permis de croire que l'altération du lobe inférieur du poumon droit est de la même nature que celle des deux autres lobes de ce même poumon; et si l'on considère que le lobe inférieur était, par sa position et par le décubitus habituel du sujet, plus exposé encore à l'œdème que les lobes supérieur et moyen du même poumon, que l'on trouva œdématiés, on sera disposé à croire que l'œdème avait précédé la carnification dans le lobe inférieur.

Ainsi que Julie Sagou, Clotilde Dupont avait été exposée, pendant un certain temps, à l'humidité, cause d'hydropisie, avant de tomber malade. Elle n'avait pas d'albuminurie, comme les sujets des deux premières observations, mais des tubercules et une gangrène, affections que nous retrouverons encore dans d'autres cas.

Obs. IV. — Charon, âgé de 7 jours, est apporté à l'infirmerie de l'hospice des Enfants trouvés, le 4 janvier 1846, avec un peu d'induration des membres. Son cri est faible et voilé ; son thorax, assez sonore en avant, est très peu sonore en arrière et à gauche, presque complétement mat en arrière et à droite. Le bruit respiratoire est faible en avant, presque nul en arrière. On entend dans cette dernière région un peu de râle sous-crépitant dans l'inspiration; de la bronchophonie et une respiration légèrement bronchique en arrière et à droite, dans la moitié supérieure.

Le 5, sonorité très faible dans le côté droit, en arrière; râle crépitant en arrière, des deux côtés ; respiration bronchique dans la région postérieure droite; bruit respiratoire presque nul, et râle sous-crépitant en avant du même côté.

Le 6, râle sous-crépitant en arrière dans les deux côtés. La faiblesse, déjà grande les jours précédents, augmente encore. L'enfant succombe.

Au niveau du pariétal droit est une tumeur ovalaire d'avant en arrière, formée par l'infiltration d'un liquide séreux, jaune, gélatiniforme, au-dessous de la peau. Dans la moitié postérieure des deux poumons, la surface de section est lisse, rouge-grisâtre clair ; le tissu paraît homogène, est dense, et néanmoins laisse assez facilement pénétrer le doigt. Le reste des poumons est gorgé de liquide spumeux.

Voici encore une carnification coïncidant avec un œdème pulmonaire et une diathèse séreuse exprimée chez ce sujet par un sclérème. La carnification est à peu près au même degré que chez le sujet de l'observation précédente, et, comme chez celui-ci, l'augmentation de la cohésion est, des caractères de la carnification, le seul qui manque.

Le râle sous-crépitant était dû à l'œdème et s'accorde avec l'état spumeux de cet œdème. La diminution de la sonorité thoracique et du bruit respiratoire, la respiration bronchique et la bronchophonie doivent être attribuées à la carnification. Le caractère du cri était sans doute dû aussi à la carnification ou à l'œdème pulmonaire. Comme le râle sous-crépitant fut entendu dans une région du thorax où précédemment on percevait de la respiration bronchique, et au niveau de laquelle on trouve le poumon carnifié, il semblerait que la perméabilité de l'organe respiratoire, après avoir été abolie dans la partie carnifiée, tendait ensuite à se rétablir, quoique la carnification persistât.

Obs. V.— Duissant, âgé de 3 ans et demi, entre à l'infirmerie des Enfants-Trouvés en août 1847, avec une varicelle dont plusieurs boutons deviennent gangréneux. L'enfant s'affaiblit et maigrit graduellement ; il lui survient de la diarrhée. Dans les derniers jours de la vie, on constate du râle sibilant et un peu de râle muqueux, en arrière et à gauche, à la partie supérieure du thorax ; puis, plusieurs bulles de pemphigus gangréneux se développent. La gangrène se manifeste aussi à la surface d'un vésicatoire appliqué sur les parois thoraciques. La mort survient le 24 septembre 1847.

Nombreux points d'inflammation dans l'intestin grêle ; développement prononcé des follicules agminés et isolés. Foie pâle. Bile très pâle dans la vésicule. La plupart des organes sont aussi très pâles. Environ 60 grammes de sérosité dans le péricarde. Au sommet du poumon gauche, il y a quelques granulations et quelques petits tubercules commençant à se ramollir. Les deux poumons, dans toute leur étendue, excepté dans leur quart antérieur, présentent les altérations suivantes : le tissu paraît homogène, tout à fait semblable à la chair ; il est plus dur que dans l'état normal. Il ne s'aplatit pas par la pression ; toutefois le doigt s'y enfonce plus facilement que dans l'état sain, mais non sans une certaine résistance. Les surfaces de section sont lisses, unies, d'un rouge brun sombre. Sur cette coloration tranchent seulement les vaisseaux principaux et les bronches ; il sourd de tous les points une sérosité abondante, très-légèrement spumeuse.

Nous ne trouvons pas ici d'anasarque, mais nous sommes au-

torisé à admettre que l'état général de cet enfant, fort analogue à celui de plusieurs sujets des observations précédentes, et en particulier de la troisième, était très propre à favoriser les hydropisies. Cette disposition, d'ailleurs, était indiquée par l'hydropéricarde et par l'œdème pulmonaire. La coïncidence de cet œdème avec la carnification du poumon est le fait principal de cette observation et la rapproche de celles qui précèdent. L'infiltration persiste encore dans les portions de poumon qui présentent déjà les caractères de la carnification ; aussi, celle-ci n'est pas encore très avancée, car la cohésion n'est pas très grande.

Le râle muqueux était produit, dans les bronches d'un assez grand calibre, par le mélange de l'air et de la sérosité qui, en effet, était un peu spumeuse. Le râle sibilant était déterminé par la carnification ou par l'œdème.

Obs. VI. — Chez un jeune scrofuleux, mort, pendant l'été de 1840, à l'hôpital des Enfants-Malades, je trouvai une carie du second métacarpien de la main gauche, des premier et troisième métacarpiens de la main droite ; des abcès tuberculeux dans les deux aisselles et à la partie inférieure du bras droit ; des adhérences cellulo-fibreuses dans la plèvre droite ; quelques granulations dans le lobe inférieur du poumon droit ; cet organe, d'un brun grisâtre, infiltré de liquide et laissant pénétrer facilement le doigt ; le poumon gauche généralement gorgé de liquide, contenant, dans sa partie postérieure et inférieure, un petit tubercule; cette dernière portion laissant pénétrer le doigt assez facilement ; le reste de cet organe conservant sa souplesse et sa cohésion, sauf quelques parties bleuâtres, à l'extérieur, d'un brun foncé, à l'intérieur, denses, à surface de section lisse, ne laissant pénétrer le doigt que difficilement, enfin carnifiées.

Comme chez deux sujets des observations précédentes, nous rencontrons ici des tubercules. Il n'y a pas d'anasarque, mais la carnification coïncide avec un œdème pulmonaire, comme dans les cas précédents. La carnification est plus avancée que nous ne l'avons encore observée chez la plupart des sujets, puisque le doigt ne pénètre dans la substance qu'avec difficulté. Ainsi que nous l'avons déjà rencontré, c'est dans le poumon infiltré de la plus grande quantité de liquide que l'altération se développe, et elle apparaît par points disséminés.

Obs. VII. — Noyaux, âgée de 73 ans, entre à l'hôpital de la Charité le 27 octobre 1842, et jusqu'à sa mort, qui survient le 19 novembre, on observe chez elle une faiblesse de plus en plus prononcée ; une toux assez fréquente ; des râles muqueux et sous-crépitant à la partie inférieure des deux côtés postérieurs

du thorax, dans une plus grande étendue et plus serrés à droite qu'à gauche. Dans le commencement du séjour de cette femme à l'hôpital, la respiration était légèrement soufflante dans le côté antérieur gauche ; mais bientôt elle redevint purement vésiculaire. Peu de jours après l'entrée à l'hôpital, les membres inférieurs d'abord, puis le membre supérieur gauche s'œdématièrent. Une ulcération au voile du palais et du muguet sur la langue survinrent dans les derniers jours.

La partie postérieure du poumon droit est unie aux côtes par des adhérences très-intimes. Les deux poumons sont, dans presque toute leur étendue, infiltrés d'une grande quantité de sérosité spumeuse qui s'écoule à l'incision ; le tissu est néanmoins un peu crépitant, mais il laisse généralement pénétrer le doigt par une pression peu considérable ; sa couleur est généralement gris-noirâtre, rougeâtre à la moitié inférieure. La plus grande partie du lobe inférieur du poumon gauche offre à la coupe une surface unie, lisse ; le tissu à cette région est dense, comme homogène, carnifié, et laisse assez difficilement pénétrer le doigt. Les deux poumons présentent, soit dans leur intérieur, soit à leur surface, sous la plèvre, de petites indurations squirrheuses, plus nombreuses à gauche qu'à droite. Entre la base du poumon droit et la partie postérieure de la face squirrheuse du foie, intimement adhérentes, on trouve une tumeur osseuse du volume d'une grosse noix.

Cette carnification du poumon accompagnant un œdème du même organe et de son congénère, chez un sujet qui présentait aussi de l'infiltration en différentes régions du corps, place naturellement cette observation à côté des précédentes. Ici, de même que chez le sujet de la sixième observation, la cohésion de la carnification était déjà grande, quoique la quantité du liquide infiltré dans le poumon fût encore considérable.

Le râle muqueux et le râle sous-crépitant sont dus à la présence, dans les ramifications bronchiques, de la sérosité qui, en effet, fut trouvée spumeuse. Comme le caractère légèrement soufflant du bruit respiratoire fut perçu seulement en avant, et que la carnification occupait principalement la région postérieure, il est douteux que cette modification du bruit respiratoire soit due à la carnification ; mais s'il en était ainsi, le bruit respiratoire ayant bientôt perdu son caractère soufflant, la perméabilité du poumon, malgré la persistance de la carnification, serait redevenue plus parfaite, après avoir été un instant amoindrie. Ce serait un point d'analogie avec la quatrième observation.

Obs. VIII. — Poly, âgé de 5 ans, entre le 26 octobre 1839 à l'hôpital des Enfants. Il est malade depuis trois semaines, et les principaux symptômes observés chez lui, depuis lors, ont été de l'œdème en différentes régions du corps, de la diarrhée, des coliques et des douleurs lombaires, de la fièvre, un affaiblissement notable. A l'hôpital, on constate ces divers symptômes, et de plus un peu de râle sibilant dans le côté droit postérieur du thorax et une ulcération superficielle, sans engorgement, à la face interne de la lèvre inférieure. L'œdème occupe les jambes, les pieds, l'avant-bras et la main du côté gauche. L'enfant succombe le 27 octobre.

Infiltration séreuse sous la peau et dans les interstices musculaires. Un peu de sérosité sous l'arachnoïde viscérale. Chaque ventricule en contient deux cuillerées.

Le poumon gauche est à l'extérieur d'un bleu foncé uniforme dans sa moitié postérieure, violet par places en avant; un tiers au plus de l'organe surnage. A l'intérieur, le lobe inférieur est rouge noirâtre dans toute son étendue; le doigt ne s'y enfonce pas facilement; les surfaces de section sont lisses, unies; le tissu est dense, non grenu; le doigt ne le déprime et ne s'y enfonce qu'avec difficulté, et il n'y détermine pas de crépitation; il y a carnification; le lobe supérieur est rougeâtre, gorgé de sang; dans quelques endroits, le doigt pénètre avec facilité dans la substance qui, dans d'autres, est carnifiée. Le poumon droit offre les mêmes altérations dans les lobes inférieur et supérieur que le poumon gauche, mais à un degré un peu moindre; l'organe surnage dans la moitié de son étendue, et il est plutôt violet que bleu à l'extérieur.

Rougeur et ramollissement de la membrane muqueuse de presque toute l'étendue de l'estomac et de nombreuses parties de l'intestin grêle et du colon. Cinq noyaux d'apoplexie ou d'inflammation dans le rein droit. Rate un peu ferme.

Carnification des deux poumons dont les parties non carnifiées sont occupées par une infiltration sanguine; en même temps que cette infiltration sanguine, coloration rouge de cette carnification, paraissant indiquer un rapport entre l'infiltration et la carnification; augmentation de densité de la rate, altération qui se rapproche de la carnification et dont la coïncidence avec cette dernière, chez le même sujet, semble indiquer pour toutes deux une origine commune et, sans doute aussi, une grande analogie dans le mode de formation; présence de ces altérations chez un sujet ayant une anasarque ainsi qu'un épanchement séreux dans le crâne, et porteur d'une affection du rein, susceptible sans

doute de produire des infiltrations : telles sont les particularités les plus essentielles de cette observation. La carnification semble moins avancée dans le poumon droit que dans le gauche.

Les poumons étaient perméables, puisque l'on ne constatait d'autre signe stéthoscopique qu'un peu de râle sibilant, modification bien minime pour une altération aussi considérable. Cependant, les parties carnifiées de ces organes ne contenaient point d'air ou en contenaient fort peu, au moment de l'inspection cadavérique, puisqu'elles ne crépitaient ni ne surnageaient. Nous donnerons plus tard l'explication de cette apparente anomalie.

Obs. IX.— Elise Decourière, âgée de 6 ans, entre à l'hôpital des Enfants le 12 octobre 1840. A la suite d'une scarlatine survenue trois semaines auparavant, elle fut prise le 4 octobre, après avoir été exposée à un courant d'air, d'une anasarque commençant par la face.

Le 8, on s'aperçut que son ventre se tuméfiait. Les urines devinrent épaisses et rougeâtres et leur quantité diminua. A l'hôpital, on constate la présence de l'albumine dans les urines. Bientôt l'enfant offre les symptômes d'une inflammation pseudo-membraneuse des voies respiratoires, et succombe le 25 octobre.

Le 20, on avait constaté du râle crépitant et de la respiration bronchique, en arrière et à gauche, avec de la dyspnée, et de la fièvre, et en même temps l'anasarque diminuait.

Le 24, le murmure respiratoire était revenu en haut et à gauche, bien qu'un peu faible, et il y était accompagné d'un peu de râle muqueux et d'une légère diminution de la sonorité à la percussion ; en même temps l'infiltration du tissu cellulaire sous-cutané redevenait plus considérable.

Infiltration notable du tissu cellulaire sous-cutané. Fausses membranes dans le larynx, la trachée et les bronches, se continuant à droite jusqu'aux troisièmes divisions bronchiques. Un verre de sérosité sanguinolente dans la cavité de la plèvre droite. Un demi-litre de sérosité sanguinolente dans la cavité de la plèvre gauche. Le poumon gauche s'enfonce entièrement dans l'eau ; sa coloration extérieure est bleuâtre, marbrée : il ne crépite pas sous la pression. La coloration intérieure est, en général, violet-foncé, brunâtre en quelques points, surtout au sommet ; le tissu est ferme ; le doigt s'y enfonce difficilement ; la surface de section est humide, lisse, unie ; il y a carnification. A la partie inférieure, le tissu est moins consistant que dans les autres régions ; le doigt s'enfonce aisément ; il y a infiltration sanguine et quelques points noirâtres de pneumonie lobulaire autour des extrémités bronchiques. Cette dernière lésion se rencontre aussi dans

le poumon droit. Environ un verre de sérosité dans le péricarde ; le péritoine en contient aussi un quart de litre. Il y une quantité assez notable de bile dans le duodénum et dans le commencement de la portion valvulaire de l'intestin. Le foie est pâle à l'extérieur et à l'intérieur ; son tissu, quoique infiltré d'une assez grande quantité de liquide, est très dense ; le doigt s'y enfonce difficilement ; l'organe, les vaisseaux exceptés, paraît formé d'un tout homogène ; il y a carnification. Altération prononcées de l'affection de Bright dans les deux reins.

Encore une carnification du poumon avec une affection de Bright des épanchements séreux multiples. Cette carnification est, comme chez plusieurs autres sujets, accompagnée d'une infiltration occupant toutes les parties non carnifiées de l'organe ; mais ce qui tend à prouver que la portion carnifiée était infiltrée comme les autres avant de s'indurer, c'est la coloration de cette induration, plus foncée que nous ne l'avons rencontrée dans la plupart des autres cas, et en rapport avec celle de l'infiltration du reste du poumon. En effet, la sérosité déposée dans cet organe était si rouge que le poumon est dit infiltré de sang. La sérosité qui formait cette infiltration était semblable à celle déposée dans les autres parties, ainsi dans les plèvres, le péricarde, le péritoine ; je reviens à dessein sur cette similitude, parce qu'elle tend à prouver l'identité de nature et de cause des altérations du poumon et de celles des autres parties du corps.

On ne peut attribuer la carnification du poumon gauche à l'épanchement pleurétique. La quantité du liquide contenu dans la plèvre n'était pas assez considérable, même pour comprimer les portions inférieures du poumon, puisque ces portions n'avaient rien perdu de leur volume et étaient infiltrées de liquide, au lieu d'être plus ou moins sèches, comme l'est un organe rendu imperméable par la compression ; à plus forte raison, le liquide contenu dans la plèvre ne pouvait comprimer la partie supérieure du poumon, placée au-dessus du niveau de ce liquide ; et c'était précisément cette portion qui était indurée. La carnification du poumon ne dépendait pas plus de l'épanchement pleurétique, que celle du foie, de l'épanchement péritonéal.

Nous avons déjà rencontré l'augmentation de la densité du foie, mais voici le premier exemple de carnification parfaitement caractérisée de ce viscère. Celle-ci, comme les carnifications pulmonaires, est accompagnée d'une infiltration de l'organe, et, ce qui prouve le rapport de cette infiltration avec la carnification, c'est que le foie induré n'est pas d'une couleur rouge foncée, comme le poumon infiltré de sérosité sanguinolente, mais, au

contraire, il est pâle comme la sérosité dont il est imbibé. J'ignore pourquoi cette sérosité n'était pas aussi rouge dans le foie que dans les autres parties du corps.

Je ne pense pas que l'on puisse attribuer la production de l'épanchement péritonéal, au moins dans sa totalité à l'altération du foie, car j'ai rencontré cette altération, ou une augmentation de densité, une induration du parenchyme du foie, paraissant avoir beaucoup d'analogie avec la carnification, sans qu'il y eût, en même temps, une suffusion séreuse dans le péritoine. L'épanchement du péritoine, chez Decourière, semblable à ceux que l'on trouvait dans les autres séreuses, dépendait principalement de la même cause que ceux-ci, de la néphrite albumineuse. Au reste, j'ai plutôt pour but, dans ce travail, de rechercher les causes de la carnification que ses effets, et l'ascite fût-elle le résultat de l'altération du foie, cela n'empêcherait pas que celle-ci ne coïncidât avec plusieurs autres épanchements indépendants d'elle, ainsi qu'avec une maladie susceptible de déterminer des hydropisies dans toute l'économie.

La coïncidence de la carnification du poumon et du foie permet de croire que, dans les deux organes, l'altération dépendait d'une cause commune, générale, et avait une nature identique ; la seconde partie de cette proposition est, de plus, prouvée par la grande ressemblance de la lésion, dans ces deux organes ; il n'y avait en effet, que la coloration qui fût différente, et, si la couleur du poumon carnifié eût été, chez Decourière, la même que chez la plupart des autres sujets, la carnification eût été presque entièrement semblable dans le poumon et dans le foie.

J'ai abrégé la partie symptomatologique de l'observation, parce que les symptômes de la carnification du poumon furent difficiles à distinguer, au milieu de ceux des épanchements pleurétiques et péricardique et de la laryngo-bronchite pseudo-membraneuse.

Parmi les signes obtenus par l'auscultation et la percussion, j'ai noté seulement ceux qu'il était possible de rapporter à l'induration du poumon, comme ayant été perçus au niveau de cette lésion. A la respiration bronchique, constatée à la région où l'on trouva ensuite le poumon carnifié, succéda le retour de la respiration vésiculaire ; dans ce cas donc, ainsi que nous l'avons remarqué chez d'autres sujets, la portion carnifiée, après avoir été privée, pendant un certain temps, de sa perméabilité, la recouvra, quoique, en même temps, la carnification persistât. J'explique le râle muqueux par la présence d'une infiltration séro-sanguinolente qui occupait, à l'époque où l'on constata ce râle, la por-

tion de poumon trouvée carnifiée, et qui disparut ensuite. Cette explication est d'autant plus admissible, que les parties non carnifiées du même organe étaient encore, au moment de la mort, le siége d'une infiltration notable. La simple diminution de la sonorité et du bruit respiratoire est, ainsi que dans le cas précédent, en désaccord apparent avec la privation complète d'air, constatée après la mort, dans la partie carnifiée. Enfin, je rappelle que l'on vit l'anasarque diminuer, en même temps que les altérations du poumon se développaient.

(*La suite à un prochain numéro.*)

IV. Pathologie, Thérapeutique et Clinique médicale.

PATHOLOGIE INTERNE.

2. *Observation d'hydatide solitaire dans le poumon gauche. Hydatide morte, non diagnostiquée, avec pneumonie à gauche ; emphysème à droite ;* par M. E. Degranges, médecin honoraire de l'hôpital Saint-André.

(Journal de médecine de Bordeaux, octobre 1851.)

S., né à Cenon-Labastide, âgé de trente-neuf ans, était détenu, depuis trois mois, dans la tour commune de la prison départementale, pour abus de confiance. Il n'avait commencé à se plaindre de la maladie qui l'a emporté, que la veille de son entrée à l'hôpital (salle des prisonniers), le 24 septembre 1846, et lorsqu'il eut craché du sang.

Cet homme, depuis quelques jours, éprouvait au côté gauche de la poitrine une douleur lancinante qui gênait les mouvements respiratoires et augmentait principalement dans la toux. Celle-ci est petite, retentissant dans tout le côté gauche. Les crachats, couleur jus de pruneau, sont assez abondants. Teinte cyanosée de la face. Le malade ne peut rester couché sur le dos. Orthopnée. La percussion donne un son mat ; l'auscultation révèle un râle crépitant dans la poitrine, à gauche. Il existe une grande résonnance à droite.

Tube digestif sain ; pouls plein, dur et fréquent.

Traitement. — Emploi du tartre stibié (méthode rasorienne), vésicatoires aux cuisses.

Le 27 septembre, le malade se trouve mieux de ce traitement,

la douleur du côté gauche diminue, la respiration devient moins difficile. Un autre vésicatoire est appliqué sur le thorax (côté gauche). Continuation du tartre stibié.

Le 28, les vésicatoires des cuisses ayant séché, les symptômes deviennent plus graves, la respiration est moins libre.

Traitement. — Deux nouveaux vésicatoires sont appliqués sur les jambes. Le malade a refusé de prendre la potion stibiée, parce que celle-ci avait déterminé quelques vomituritions.

Le 2 octobre, la situation du malade empire continuellement. La figure prend une teinte cyanosée plus prononcée, surtout dans le tissu des muqueuses labiales et nasales. Perte du raisonnement ; respiration de plus en plus anxieuse, face hippocratique, station sur le séant.

Le 3, mort, avec le cachet de l'asphyxie, à deux heures du soir.

Autopsie, vingt heures après la mort.

OEsophage. — Sa muqueuse paraît un peu enflammée ; elle présente une légère coloration rosée sans ulcérations.

Arrière-gorge saine, muqueuse stomacale enflammée principalement vers sa petite courbure où la couleur rouge est très prononcée.

Intestins sains.

Foie petit, dans lequel les granulations jaunes sont très abondantes. Un sang fluide découle de toutes les incisions pratiquées dans son tissu.

Rate hypertrophiée, ramollie.

Pancréas d'un volume plus considérable que d'ordinaire, et dont cependant les éléments du tissu ne paraissent pas altérés.

Poumon droit. — Emphysème considérable, ce qui rend l'organe volumineux et très léger. Lorsqu'on le divise avec le scalpel, il en découle un liquide séreux, mêlé à une très grande quantité de gaz.

Poumon gauche. — Pneumonie du deuxième degré, tissu dense, qui, plongé dans un vase d'eau, va au fond. Cette hépatisation rouge se rapproche de la carnification.

Ces altérations compromettent principalement les deux extrémités du lobe inférieur.

Dans le lobe supérieur, près du sommet, à 3 ou 4 millim. de la plèvre viscérale antérieure, se trouve une cavité de 6 centimètres de hauteur et de 8 centimètres de largeur. Cette cavité est tapissée par une membrane lisse, molle, fine, comme pulpeuse, ayant une grande analogie avec les séreuses. Cette membrane est renfermée elle-même dans une autre, plus dense, plus consis-

tante, et que j'ai décollée, dans un espace de 2 centimètres, du tissu pulmonaire auquel elle était adhérente. Elle a l'apparence d'une feuille de parchemin qui aurait macéré quelque temps dans l'eau; elle crie sous le scalpel. Pressée entre les doigts, elle offre de la résistance; sa nature m'a paru fibreuse.

Quant à la poche membraneuse analogue aux séreuses et qui a été décrite, elle m'a présenté une ouverture qui la faisait communiquer avec une bronche, dont le calibre pouvait contenir un petit stylet.

Cette bronche s'ouvrait elle-même dans une autre ramification plus considérable située à la partie externe du lieu où la veine pulmonaire gauche sort du poumon.

Au sein du kyste, qui vient d'être décrit, se trouvait l'acéphalociste, vide de tout liquide, dont les parois, friables, d'une épaisseur assez considérable, plissées et revenues sur elles-mêmes, présentaient des saillies et des anfractuosités. Sa couleur était d'un blanc de lait ; son volume, si elle avait été distendue par un liquide, aurait atteint celui d'une tête de fœtus à terme.

La face interne de sa première membrane était tapissée par une foule de *petites granulations nacrées.* Au-dessous et sur une deuxième membrane plus molle que la précédente et plus transparente, on remarquait encore des *granulations* semblables.

Dans aucun repli de ces diverses enveloppes organisées, je n'ai trouvé la moindre trace de liquide.

Les autres organes étaient dans leur état normal.

Réflexions.

On trouve dans les antécédents de S., que cet homme avait, dans plusieurs circonstances, beaucoup souffert d'un asthme nerveux. Cette circonstance doit être rapprochée de celle qui est consignée dans le fait de l'*Union médicale*, où la malade se plaignait d'essoufflement et de palpitations au moindre travail : ce sont les symptômes assignés par les auteurs, lors de la présence d'hydatides dans les poumons; ils y joignent aussi la toux et l'expectoration.

De plus, il est établi que S. avait été placé, non dans une cellule, mais dans la tour commune de la prison départementale. Il n'avait jamais éprouvé de douleurs rhumatismales, se trouvant ainsi dans la même situation que la malade de l'*Union*, qui habitait néanmoins un logement froid et humide.

Je relève cette circonstance parce que, sans affection rhumatismale, ces deux malades ont ressenti les effets d'un froid hu-

mide, et que, d'une autre part, il est reconnu que cette humidité amène la production d'hydatides chez les ruminants et les rongeurs.

On doit constater la presque conformité des symptômes offerts par les deux malades, ainsi que la rapidité de l'affection à laquelle ils ont succombé (quinze jours de durée environ).

L'orthopnée, augmentant par accès, forçant le malade à se tenir sur le séant, et la cyanose de toute la face, et surtout des muqueuses labiales et nasales, étaient communes à ces deux observations.

Il en était de même pour la toux douloureuse et incessante, avec un mélange de *résonnance* exagérée dans certains points des poumons, et de *matité* dans d'autres points.

Ces deux signes sthétoscopiques pourraient peut-être conduire sur la voie du diagnostic de cette lésion. (docteur Hérard, *loco citato*, p. 43.)

Seulement, chez S., il y avait complication de pneumonie manifeste dans le poumon gauche, et alors râle crépitant et crachats couleur jus de pruneaux ; tandis que chez la malade de l'*Union*, où il n'existait qu'une congestion sanguine partielle, on a constaté l'absence complète de la respiration, et l'expectoration d'une mucosité visqueuse.

Dans l'observation de S., il y avait emphysème considérable du poumon droit ; dans celle de l'*Union*, les deux poumons étaient emphysémateux à un haut degré.

J'arrive à ce qui regarde le kyste hydatique.

Ce fait anatomo-pathologique est rare, comme, il a été déjà dit ; il n'en existe que peu d'exemples dans les auteurs. On vient de voir celui de l'*Union*, qui est presque semblable au mien. M. E. Soulé, ancien chef interne de l'hôpital Saint-André, en a rencontré un autre dans le mois d'avril 1847, et m'en a fait part dans l'amphithéâtre de cet hôpital. Cette poche hydatique était pleine de liquide et résidait dans le sommet du poumon gauche.

Ainsi, ces trois poches d'hydatides ont été rencontrées dans le poumon gauche : *deux* vers son sommet, *une* dans l'intérieur de l'organe, sans désignation précise. *Deux* de ces poches étaient distendues par un liquide ; *une* était complétement vide, ses parois affaissées sur elles-mêmes.

Le volume de deux d'entre elles a été évalué, l'un à celui d'un œuf d'autruche, l'autre à celui d'une tête de fœtus à terme ; la grosseur de la troisième n'a pas été constatée.

Les hydatides affectionnent principalement le foie (face con-

vexe) les replis du mésentère, la rate. On les trouve dans le cerveau rarement, et dans le poumon plus rarement encore.

Cette croyance, basée sur la pratique, n'est pas en harmonie avec les idées de M. A. Reynaud (art. *Hydatide*, p. 429, *du Dictionnaire de médecine* en 30 vol.). Parmi les organes les plus souvent atteints, cet auteur range, après le foie, le poumon, puis les ovaires, le cerveau, les amygdales et la glande thyroïde.

Si l'on songe aux circonstances inhérentes au jeu de l'organe pulmonaire, on s'explique la rareté des productions qui font l'objet de cette étude. Le poumon, par la dilatation de ses vésicules, exécute des mouvements continuels d'élévation et d'abaissement. L'espèce de tranquillité nécessaire à la formation d'un produit pathologique dans son tissu y manque donc complétement. Il doit s'ensuivre, dans les premiers instants de l'altération hydatique, un trouble qui peut faire avorter celle-ci. Le cerveau se trouve moins dans de pareilles circonstances de mobilité. Il faut noter que son mouvement d'élévation et d'abaissement n'est qu'un mouvement communiqué à toute sa masse par les contractions isochrones des gros troncs artériels qui sont à sa base, ou bien encore le résultat de l'acte respiratoire; mais nullement par une extension des mailles intimes de son tissu.

Le kyste enveloppant la vésicule hydatidique dans mon observation, était formé de deux parois de nature différente : la première fibreuse, en contact immédiat avec le tissu pulmonaire ; la deuxième séreuse, en contact avec la fibreuse.

Il en était autrement dans le fait de l'*Union*, où le kyste était formé par un seul feuillet mince, séreux, accolé à la plèvre, derrière lequel apparaissait le parenchyme pulmonaire refoulé.

Quant à la vésicule en elle-même, elle était composée, chez S., d'une double membrane ; c'est la formation ordinaire de ces sortes de productions organisées. Le fait de l'*Union* y était réfractaire ; peut-être cette modification tenait au peu de durée qu'avait l'hydatide.

J'ai signalé, dans ma description nécropsique, de petites *granulations nacrées*, accolées à la partie interne des deux membranes hydatiques. Qu'étaient ces corpuscules ? Je regrette de ne les avoir pas soumis au microscope. Étaient-ce ces petits animaux de l'ordre des vésiculaires, d'après les naturalistes, qu'ils ont trouvé chez l'homme, de la grosseur de *grains de sable*, enfermés dans des vésicules, et qu'ils ont appelé *échinocoques?* (Lamouraux, *Dictionn. clas. d'hist. nat.*, t. VI, p. 33.)

Le chef de la Faculté, docteur Hérard, a reconnu, au micros-

cope, ces animaux à leurs suçoirs et à leurs crochets, qui peuvent être rentrés ou non.

Je ne crois pas que, dans l'observation de S., les granulations mentionnées fussent des échinocoques, parce que ces inégalités de tissu ou ces granulations blanches de formes variées, d'aspects divers, opaques ou tranparentes, pleines ou ayant dans leur centre une cavité contenant de la sérosité, ont été reconnues comme un des caractères des kystes renfermant des vers de l'ordre des acéphalocystes. On ne s'est pas encore bien clairement rendu compte de la nature de ces granulations ; mais elles sont, d'après toutes les apparences, un des effets de la disposition d'emboîtement qui est constatée chez ces acéphalocystes, et qui n'en persiste pas moins, malgré la différence des espèces distinguées par Laennec. (Mém. de la Soc. de méd. établie au sein de la faculté. Paris 1804).

Je me suis servi, dans cette observation, du nom d'*hydatide*, que Lamarck a donné en France à ce genre d'animaux, développés dans les organes humains, et qui, avant cet éminent zoologiste, avaient été confondus avec les vers intestinaux. Je crois que cette appellation générique est plus exacte, et peut fournir à moins d'interprétations douteuses ou erronées, que celle de *cysticerques* ou cystiques, adopté par Rudolphi, et d'*acéphalocystes*, proposée par Laennec, laquelle est employée très fréquemment dans le langage purement médical. (De Blainville ; *Dict. des sciences nat.*, t. XII, p. 88.)

Le mot *hydatide* représente clairement le fait d'une poche, ou kyste rempli d'un liquide, et contenant de petits animaux de l'ordre des vésiculaires, dont le corps est terminé par une vésicule pleine d'eau, et qu'on a divisés, d'après quelques caractères différentiels, en *acéphalocystes, échinocoques*, *cœnures*, *cysticerques*, *etc.*

Il s'ensuit que le genre hydatide peut être considéré comme n'existant plus en zoologie, mais doit être conservé seulement pour la médecine, à cause de son ancienneté dans cette science. Il faut observer cependant qu'on peut trouver d'assez fréquentes occasions où des vésicules remplies d'eau, de simples kystes, se rencontrent en différentes parties du corps humain, principalement dans les duplicatures de la séreuse abdominale, sans contenir aucun des animaux vésiculaires sus-mentionnés.

J'ai noté que le kyste de S. était vide de sérosité, ainsi que les parois de sa cavité intérieure ; c'est une circonstance exceptionnelle pour les hydatides, qui ne subsistent qu'à l'aide de cette sérosité, renfermée en elles-mêmes, ou existant dans leur pourtour. Le kyste hydatique que me montra M. E. Soulé était plein

d'un liquide transparent, comme celui rapporté par l'*Union*.

Quelles conclusions faut-il en tirer ?

C'est que, selon toutes les probabilités, je n'ai rencontré que les débris de cette hydatide, lesquels étaient plissés et affaissés sur eux-mêmes, comme il a été déjà dit.

Ces corps sont regardés comme des êtres animés, parce qu'ils se forment et s'entretiennent à l'aide d'une organisation spéciale et isolée, au centre de l'économie animale ; mais, de plus, parce qu'ils contiennent des animaux particuliers et indépendants de leurs enveloppes, ainsi que le démontrèrent si évidemment Hartman (1685), Tyson (1693), Pallas (1787) ; lesquels animaux exécutent des mouvements bien apparents, comme Hartman l'a établi, en les mettant dans de l'eau chaude ; immédiatement après leur extraction du corps humain. (De Blainville ; *loc. cit.*, p. 89.)

Quoi qu'il en soit, ces corps n'en subsistent pas moins à la manière des autres parties de l'économie, non-seulement le kyste, mais encore les animaux dont la vie propre est attachée à la vie générale.

Ils sont donc sujets à périr, comme tous les produits organisés. D'abord le kyste, participant à l'action physiologiste, est exposé à tous les accidents inflammatoires, qui atteignent et détruisent aussi les animaux dans leurs enveloppes particulières. Mais leur mort peut être déterminée encore d'une façon toute spéciale : c'est par la résorption ou l'issue du liquide contenu dans la poche propre à l'animal ou même dans la poche générale qui le protége extérieurement.

Une fois ce liquide n'existant plus, soit par une cause, soit par une autre, les hydatides deviennent des corps étrangers qui sont saisis par un travail pathologique réparateur, qui leur fait subir une transformation semblable au tissu de certaines loupes (athéromes).

La disparition de cette sérosité, chez S., a donc pu dépendre du jeu continuel des poumons, dont nous avons parlé, et qui avait pu faire rompre la poche hydatifère. D'un autre côté, cette cavité, formée dans le poumon par le tassement du tissu, communiquait avec les grosses bronches par l'ouverture d'un canal bronchique de petit calibre. Il pouvait en être survenu, que l'écoulement du liquide avait eu lieu par cette issue, dans les secousses de la toux occasionnées par la pneumonie.

Cependant je n'ai point reconnu, dans le produit de l'expectoration, aucun mélange d'une quantité notable de sérosité. Je n'ai pas trouvé davantage de déchirures, ni de cicatrices dans les parois de la poche de l'hydatide vidée ; seulement, la force mé-

dicatrice aurait pu réparer le désordre du mal et boucher cette issue.

On peut hasarder encore une hypothèse : la force d'absorption toute puissante du tartre stibié a-t-elle agi sur le kyste hydatifère, et facilité la disparition du liquide transparent et diaphane, l'un des éléments principaux de la vitalité de ce produit organisé ? On sait que le muriate de mercure et de soude agissent sur les hydatides et déterminent leur mort.

Ce malade avait pris, depuis le 25 septembre jusqu'au 2 octobre, 2 grammes 40 centigrammes de tartre stibié, mêlés avec 200 grammes de sirop thébaïque, et cet agent thérapeutique, ainsi administré par 30 centigrammes par jour, avait produit, dès l'abord, une heureuse modification.

Si cette cause pouvait être admise, on en déduirait que le tartre stibié, à la méthode rasorienne, devrait être administré toutes les fois qu'on soupçonne dans une tumeur la présence d'hydatides, ou qu'on y constate, par l'auscultation et la percussion, un frémissement particulier, semblable au bruit d'une montre à répétition. (Piorry.)

S... était atteint de ce qu'on désigne par asthme nerveux. Cette forme de souffrance provenait-elle de l'hydatide, ou de l'état emphysémateux du côté droit ? La solution de cette question est difficile. On peut être porté à croire que la disposition à l'état emphysémateux était la cause de l'oppression *habituelle* du malade. L'hydatide est arrivée comme complication dans le poumon opposé, et néanmoins, malgré cette dyspnée, grâce au bénéfice d'une pression progressive et constante, la vie s'est continuée ; mais dès que la pneumonie aiguë eut envahi les couches du tissu environnant le kyste hydatifère, l'asphyxie fut produite et la mort arriva.

---

3. *Du mode de propagation de la suette* ; par M. Bonnet, D.-M. P. professeur de pathologie interne à l'École de médecine de Bordeaux, chevalier de la Légion-d'Honneur, etc.

(L'Union médicale, Nos 121 et 122 ; 11 et 14 octobre 1851.)

Lorsque la suette se manifesta pour la première fois (vers la fin du XVe siècle), les médecins et les populations effrayés, l'attribuèrent tour à tour à la colère céleste, à l'influence des astres, à certaines causes occultes et mystérieuses. Mais ces opinions, qui se trouvaient en harmonie avec les préjugés et les croyances du moyen-âge, perdirent de leur crédit et de leur importance

au fur et à mesure que les lumières se répandirent, que la civilisation fit des progrès, et que l'hygiène, surtout, sortit de l'obscurité où elle était plongée. Toutefois, on ne leur substitua d'abord que des hypothèses d'une invraisemblance ou d'une absurdité choquante ; et, aujourd'hui même, nous n'avons rien de satisfaisant à ce sujet.

D'après Boyer, Andry, Poissonnier, Jean Roi, etc., la respiration d'un air chargé d'émanations malsaines, serait la cause la plus commune et la plus efficace de la suette. M. Rayer la fait provenir également d'un air vicié, il se fonde pour cela sur ce que l'épidémie qu'il a décrite commença par des villages entourés d'eaux putrides et stagnantes, qu'elle se répandit suivant l'inclinaison du sol, la direction des vents, et qu'elle régna uniquement dans les vallées à fonds formés de terrains bourbeux. — La fièvre miliaire, qui, en 1822, ravagea l'arrondissement de Bayeux, et dont les docteurs Eudes et Paulmier nous ont transmis l'histoire, fut attribuée par eux à une cause analogue ; — celle que M. Boret observa en 1832 et 1834, dans les environs de Jussey (Haute-Saône), ne reconnaissait pas, s'il faut l'en croire, d'autre origine. — Mais M. le docteur Pindray prétend, lui, qu'on ne doit pas en chercher la source dans la disposition topographique des lieux, attendu que ceux où elle débuta en 1835 et 1841, dans l'arrondissement de Mareuil, et qui ont offert, par rapport à la population, un plus grand nombre de malades et de victimes, sont à découvert, bien aérés, exposés à tous les vents, loin des émanations des marais ; tandis que ceux qui se trouvaient encaissés dans les vallons, entourés de prairies humides et traversés par des ruisseaux, ont eu, comparativement, un beaucoup plus petit nombre de malades, et surtout très peu de décès ; il ne veut pas non plus qu'on la rattache à l'état social, au genre de vie, aux habitudes, au dénûment, au défaut de propreté, à la mauvaise alimentation de la classe ouvrière, car elle a sévi dans la contrée la plus riche, la plus propre, dont les habitants se nourrissent le mieux, etc. D'après lui encore, l'épidémie n'aurait jamais suivi dans ses progrès de marche régulière, elle aurait marché contrairement à la direction des vents, au cours des rivières ; elle aurait pris souvent une marche rétrograde ; passé d'une commune à une commune éloignée, épargnant les villages intermédiaires. Seulement, son apparition aurait coïncidé avec des variations brusques et continuelles de la température, des alternatives de chaud et de froid, de sécheresse et d'humidité, des nuits pluvieuses, etc. M. Bonnet, de Coutances, dit aussi que l'épidémie qui, au mois de mai 1841,

jeta l'épouvante dans cette ville, se manifesta sous l'influence des vents d'ouest et de sud-ouest, d'une température de 17 à 20 degrés centigrades, de pluies continuelles, et se dissipa au mois d'août, aussitôt que le vent du nord commença à se faire sentir et que les pluies eurent cessé. Il paraît, en outre, qu'elle débuta comme celle de Mareuil, par des personnes appartenant à la classe aisée de la société, et que la partie la plus élevée de la ville compta infiniment plus de malades que les autres qui passent pour être moins salubres.

Parmi les adversaires de l'impaludation, il faut ranger encore M. le docteur Galy, qui, dans un intéressant mémoire présenté à la Société de médecine de Bordeaux, a prouvé, par des chiffres, que la suette de Périgueux avait principalement sévi dans les lieux secs, élevés, balayés par les vents, et dont les environs n'étaient pas marécageux.

J'ajouterai qu'il y a des médecins qui, ne tenant pas compte des causes énumérées plus haut, regardent la suette comme contagieuse, dans le sens rigoureux du mot; tandis que d'autres la font provenir d'un principe délétère répandu dans l'air, et qu'il ne faut pas confondre avec les effluves des marais, vu que ces effluves, de leur propre aveu, ne la déterminent jamais.

On pourrait donc déduire des détails dans lesquels je viens d'entrer, qu'on professe aujourd'hui sur l'étiologie de la fièvre miliaire, quatre opinions qui consistent à attribuer cet état morbide : la première à des variations brusques de la température, à l'humidité, à la présence de tel ou tel vent (épidémies constitutionnelles) ; la seconde, aux exhalaisons qui se dégagent des eaux stagnantes (impaludations) ; la troisième, à un germe, à un virus qui se transmet par le contact des malades ou des objets contaminés (épidémies contagieuses) ; la quatrième, à un principe délétère, différent des effluves des marais, bien que comme eux il ait l'air pour véhicule (épidémies infectieuses) (1).

(1) On pourrait bien y en ajouter une cinquième, car M. le docteur Parrot ayant remarqué que l'épidémie Périgourdine ne s'est développée que là où l'on rencontre une grande étendue de calcaire appartement au groupe crétacé, tandis que les lieux où le granite et le terrain oolithique prédominent, en ont été exempts, prétend aujourd'hui que le terrain calcaire a prêté *un incontestable concours au développement de la suette* dans le département de la Dordogne ; mais cette opinion n'est évidemment fondée que sur une simple coïncidence et ne mérite pas qu'on s'y arrête.

Il paraîtrait que M. Marot, ingénieur en chef des mines de la Dordogne, aurait constaté qu'en partant de la région supérieure de ce département et en descendant vers la Garonne, on trouve successivement le granite, une bande

Mais de ces diverses manières d'envisager le mode de développement de la suette, il n'en est qu'une, la dernière, qui réunisse de grandes probabilités en sa faveur ; quant aux autres, elles ne reposent sur aucun fondement solide ; quelques mots suffiront pour le prouver.

On n'est pas en droit, selon moi, de rattacher la fièvre miliaire aux épidémies constitutionnelles, parce que ces épidémies sont très communes et qu'elle ne l'est pas; il n'est pas très rare, d'ailleurs, de la voir se manifester sans qu'elle ait été précédée de variations brusques de la température, de pluie, de vents, etc., ce qui ne devrait pas être, si ces conditions atmosphériques en étaient réellement les causes déterminantes.

Je ferai observer également que si l'impaludation était la cause productrice de la suette, celle-ci ne se développerait pas sur les collines, les points élevés, où l'air est habituellement vif et pur. On ne la verrait pas non plus respecter les lieux bas, humides et marécageux, alors qu'elle sévit sur ceux qui les touchent : ainsi la *Double*, petite contrée de la Dordogne, où de grands bois et de profonds marécages entretiennent des fièvres intermittentes presque toute l'année, n'eut pas un seul cas, tandis que les campagnes limitrophes et qui réunissaient de bonnes conditions de salubrité, en eurent un grand nombre.

Dans l'arrondissement de Périgueux, les hameaux et les villages qui comptèrent le plus de malades et de décès, sont situés sur des coteaux ; j'ai parcouru quelques-unes de ces localités, il n'y a aux alentours ni marais ni eaux stagnantes.

Dans le département de Lot-et-Garonne, les villes où la suette a fait le plus de victimes sont : Castillonnès, Montflanquin, Beauvelle, Villeneuve-d'Agen et Miramont. Or, sur ces cinq villes, il en est trois qui se trouvent bâties sur des éminences, des plateaux balayés par les vents, et qui n'offrent pas le plus petit foyer d'infection paludéenne ; la quatrième est dans une plaine fertile, belle et on ne peut plus salubre ; la cinquième seule, Miramont, est sise dans un bas-fond, mais les environs sont dépourvus de marais (1). Duras, chef-lieu de canton où j'ai exercé la médecine pendant sept ans, et qui est un des endroits les plus élevés de l'Agenais, n'a pas été à l'abri des atteintes de l'épidémie.

de terrain oolithique et une grande étendue de calcaires appartenant au groupe crétacé. Or, s'il faut en croire M. Parrot, la suette ne se serait manifestée que là où il y avait des calcaires. Cette opinion, je le répète, ne repose que sur une simple coïncidence et ne me paraît pas digne d'une réfutation sérieuse.

(1) Je parle avec connaissance de cause : Miramont est la ville où je suis né.

Je n'en finirais pas, si je voulais énumérer tous les lieux où la suette s'est manifestée, bien qu'il n'y eût ni marécages, ni eaux dormantes et vaseuses pour la produire. On ne peut donc, dans l'état actuel de la science, lui assigner une origine de ce genre. Les partisans de l'impaludation n'ont adopté pour la plupart cette hypothèse que parce que, selon eux, la suette est de même nature que les affections fébriles périodiques, et qu'ils supposent qu'elle doit être occasionnée comme ces dernières, par les effluves des marais. Mais outre que les fièvres intermittentes ne proviennent pas toujours d'une pareille cause, il est démontré que la suette revêt le plus ordinairement le type continu. Dans le cas contraire, d'ailleurs, il resterait à préciser pourquoi, dans certaines contrées où les fièvres intermittentes sont endémiques, la suette ne s'est jamais développée ou n'a paru que très rarement. Pourquoi cette maladie se déclare dans des lieux secs, élevés et parfaitement sains (1) ; pourquoi des pays bas, humides et marécageux sont respectés, alors que toutes les localités circonvoisines sont en proie à l'épidémie (2) ; il resterait, dis-je, à lever ces

(1) On s'est étayé dernièrement pour expliquer comment les exhalaisons marécageuses produisent la suette sur les lieux élevés, de l'opinion du docteur Fergusson qui prétend que les bords et le centre des terrains marécageux sont moins insalubres que les hauteurs voisines, surtout lorsque ces dernières sont dominées, à une petite distance, par d'autres plus élevées ; mais cette manière de voir est entièrement contraire à l'observation de chaque jour, qui nous apprend que les miasmes des marais n'exercent leur action que là où ils se développent. « Les villes dont la disposition est telle, qu'une partie repose sur un terrain sec et élevé, tandis que l'autre est sur un sol bas et humide, présentent cette particularité que les fièvres intermittentes sont, pour ainsi dire, confinées dans la ville basse et que les habitants de la ville haute, en sont presque entièrement exempts. Quand ces maladies prennent le caractère épidémique, il est d'observation que le nombre des fébricitants est d'autant plus considérable et l'intensité de symptômes d'autant plus grande, qu'on s'approche plus des marais, *et vice versâ.* » Voilà la règle ; voilà ce que disent les meilleurs auteurs. J'ajouterai que les exhalaisons paludéennes qui s'élèvent à une certaine hauteur dans l'atmosphère, y sont divisées, raréfiées de telle sorte qu'elles deviennent d'une innocuité parfaite. Ceci nous explique pourquoi aux époques de la journée où cette raréfaction s'opère principalement, c'est-à-dire aux heures de la plus forte chaleur, on peut impunément parcourir les marais, tandis que le soir, lorsque les miasmes condensés par l'abaissement de la température, tombent sous forme de serein, cette imprudence pourrait être payée très cher.

(2) Nous avons vu plus haut qu'il en fut ainsi pour la *Double*, petite contrée très marécageuse de la Dordogne, qui n'eut pas un seul cas, alors que les campagnes circonvoisines et qui se trouvaient dans de bonnes conditions de salubrité, en eurent une très grande quantité.

difficultés, et je ne vois pas trop, en vérité, comment on pourrait s'y prendre pour le faire.

On n'est pas autorisé à regarder la suette comme se transmettant par le toucher, car les cas qui semblent les plus favorables à cette hypothèse s'expliquent mieux par la respiration d'un air impur que par le contact des malades et des objets contaminés. Parmi ces cas probablement les plus remarquables sont : ce paysan qui, d'après M. Rayer, fut atteint de la suette pour avoir assisté à l'autopsie d'un homme mort de cette affection, et ces quatre villageois qui, en 1841, dans la commune de Gouts (Dordogne), s'alitèrent le soir même du jour où ils avaient porté en terre un de leurs voisins. Eh bien ! si l'on réfléchit que ces individus étaient depuis longtemps sous l'influence de l'épidémie, et par conséquent éminemment disposés à la contracter, on sera naturellement conduit à penser qu'ils en furent atteints, moins pour avoir touché ou porté des cadavres de suettiques, que parce que l'air qu'ils respiraient avait été rendu plus délétère par les miasmes qui s'exhalaient de ces cadavres.

Et puis je rapellerai qu'indépendamment de la multitude des personnes qui ont prodigué leurs soins aux malheureux affectés de la suette, et n'en ont rien éprouvé, M. Legrand, l'un des membres de la commission qui alla étudier l'épidémie de Seine-et-Oise, s'inocula quatre fois impunément le pus des boutons miliaires ; M. Paulmier, de Bayeux, et M. Galy, de Périgueux, l'ont fait depuis sans plus de résultat.

Il n'en eût pas été ainsi, assurément, si la suette était contagieuse. Vainement objectera-t-on que les honorables confrères que je viens de nommer n'étaient pas prédisposés à cette maladie et que c'est pour cela qu'ils ne l'ont pas eue ; il est impossible que, parmi tant d'hommes et de femmes qui ont été exposés à la contagion, il ne s'en soit pas trouvé beaucoup qui fussent aptes à en recevoir le germe. L'expérience nous apprend que les individus qui ont l'heureux privilége de ne pas contracter telle ou telle affection contagieuse sont toujours en très petit nombre. On ne peut donc pas exciper d'un défaut de prédisposition pour expliquer les cas de non contagion que j'ai cités, ce serait faire la règle de l'exception, et par conséquent procéder d'une manière très peu logique.

Dira-t-on encore qu'il est d'observation que lorsque la maladie se déclare dans une maison, elle ne se borne presque jamais à n'affecter qu'un seul individu, et que cela n'aurait pas lieu si elle n'était pas contagieuse ? D'abord je conteste le fait, ou du moins sa fréquence, pour les habitations vastes, bien aérées

et situées dans un lieu salubre. Quant à celles qui sont basses, humides, mal percées, on ne saurait nier que l'épidémie s'y propage avec une effrayante rapidité, une fois qu'elle y a pénétré. Mais loin d'attribuer cet incident à la transmission d'un germe morbifique par le contact, je n'y vois que le résultat de la viciation de l'air par les miasmes qui se dégagent du corps des malades. C'est un fait acquis à la science que l'encombrement, l'étroitesse des logements sont une cause puissante de propagation des épidémies, et l'on sait depuis longtemps qu'elles ne font jamais plus de ravages que dans les établissements peu espacés et non ventilés, dans les maisons étroites et continuellement remplies par les servants, les amis, les parents du patient, en un mot, là où l'air ne se renouvelle qu'imparfaitement et où beaucoup d'hommes se trouvent rassemblés.

Ces sortes de cas, d'ailleurs, ne prouvent qu'une chose, l'influence qu'exerce la viciation de l'air sur le développement de la suette, et cette opinion, ainsi que je l'ai dit déjà, est celle qui réunit le plus de probabilités en sa faveur. Il en est de la suette comme de la plupart des maladies populaires qui attaquent à leur début un grand nombre de personnes à la fois, dont l'invasion est le plus souvent précédée ou marquée par une variation des vents, de la température, etc., qui peuvent se manifester dans les pays riches, bien aérés, chez des individus jouissant de tous les avantages de l'aisance, mais qui d'ordinaire sévissent sur la basse classe et dans les contrées pauvres ou insalubres. Il en est, dis-je, de la suette comme de presque toutes les maladies épidémiques réputées contagieuses, c'est la respiration d'un air impur qui en provoque le développement (1).

Mais ici il ne faut pas perdre de vue que l'air n'a acquis des propriétés nuisibles que parce qu'il contient un principe délétère ; sans ce principe, la maladie ne se serait pas produite ; ce qui le prouve, c'est que tous les ans et en tous lieux les conditions at-

(1) Les médecins anglais qui, les premiers, ont observé la suette, rapportent qu'une grande quantité d'oiseaux furent trouvés morts et que cette particularité ayant excité la curiosité et la nécessité des recherches, on découvrit que chez la plupart il existait, sous les aisselles, de petits dépôts de la nature de ceux qui se développent dans les fièvres pestilentielles. Si ce fait était bien démontré, il prêterait un singulier appui à mon opinion, mais je me hâte de reconnaître qu'il ne l'est pas. Toutefois, je dois dire ici qu'en 1841, plusieurs habitants notables de Dordogne, prétendirent avoir trouvé dans les champs des oiseaux morts, et que d'autres qu'ils avaient pris vivants, paraissaient faibles, languissants, et réellement sous l'influence de l'épidémie.

mosphériques qui coïncident avec son apparition se présentent et qu'elle ne se manifeste qu'à des intervalles très éloignés. Que si l'on me demande maintenant en quoi consiste cet agent, je répliquerai que je l'ignore. Ce que je sais seulement, c'est qu'il existe, c'est qu'il a l'air pour véhicule, et que de ce qu'il échappe à nos investigations, on n'est pas en droit de la nier. Personne ne doute aujourd'hui que les vapeurs qui se dégagent des eaux stagnantes ne soient la cause la plus commune et la plus efficace des fièvres intermittentes. Eh bien ! les chimistes les plus habiles n'ont découvert aucun changement notable dans l'air des marais, quelquefois même il leur a paru plus pur que celui des lieux les plus salubres. Faut-il conclure de là que les vapeurs dont il s'agit ici n'y sont pas contenues? Non, certes; les exhalaisons marécageuses et la cause inconnue de la suette sont comme le calorique, des principes matériels, insaisissables, mais dont les effets ne permettent pas de contester la réalité.

Tout contribue à démontrer, je le répète, que la fièvre miliaire ne reconnaît pour cause que la respiration d'un air impur, et cette manière d'envisager son étiologie a sur toutes les autres l'avantage de donner une raison plausible des bizarreries et des particularités qu'elle présente.

En admettant, en effet, un principe délétère, on conçoit facilement que si l'air séjourne et s'altère, soit parce que les lieux sont étroits, mal disposés, ou que beaucoup d'individus s'y trouvent réunis, soit parce que la pluie, l'humidité, les vicissitudes de la température viennent ajouter à l'activité de l'agent morbifique qu'il recèle, cet agent prenne une énergie et une virulence proportionnée au nombre et à l'intensité des modificateurs qui réagissent sur lui.

Par contre, il est naturel de supposer que là où l'air circule librement et se renouvelle souvent, la cause inconnue de la suette doive, dans la règle, rester à peu près inactive si elle ne l'est pas tout à fait. On objecte à cela, il est vrai, qu'à Périgueux la suette fit plus de ravages sur les coteaux que dans les bas fonds et sur les bords de l'île ; mais ces faits sont loin d'avoir la valeur qu'on leur prête, car outre que dans le Périgord la classe pauvre est très sale et manque des choses plus essentielles à la vie, elle habite des maisons construites de telle sorte que l'air peut à peine s'y renouveler. J'ai vu moi-même les localités dont on argue ici, et je m'y suis convaincu que la plupart des familles n'y ont pour abri qu'une chambre qui ne reçoit le jour que par la porte. Or, si l'on ajoute à cela qu'aussitôt qu'un individu tombait malade, on avait soin d'entasser sur lui couvertures sur cou-

vertures et de fermer hermétiquement les rideaux de son lit, on s'expliquera aisément pourquoi il était à peu près impossible que les villages ou les maisons isolées dont parle M. le docteur Galy, bien que situées sur des lieux élevés, ne devinssent pas promptement des foyers puissants d'infection.

On a objecté également que, dans l'hypothèse de l'infection, la classe aisée de la société devrait être épargnée, attendu qu'elle est bien logée, qu'elle prend une bonne nourriture et qu'elle mène une vie régulière ; mais il en a été le plus ordinairement ainsi ; c'est presque toujours, quoi qu'on en dise, la classe pauvre qui fait les frais des épidémies. Réfléchissez, d'ailleurs, que parmi les gens qui composent ce qu'on appelle la classe aisée dans les bourgs ou les petites villes, il y en a qui occupent des maisons fort insalubres, d'autres qui se nourrissent mal ou font des excès de plus d'un genre, d'autres qui étaient faibles ou dérangés lors de l'apparition de l'épidémie, d'autres enfin qui, dominés, abattus par une indicible terreur, auraient vu par ce fait seul la maladie la plus légère devenir grave chez eux. Tout cela, à mon avis, mérite d'être mis en ligne de compte, et en procédant de la sorte on sera beaucoup moins frappé de certaines anomalies que la suette présente dans son développement.

Une remarque encore que je crois devoir faire, c'est que, quoique la cause inconnue de la suette ait l'air pour véhicule, elle n'est pas susceptible d'être transportée au loin par celui-ci. La raison en est qu'une atmosphère chargée d'effluves, d'émanations putrides ou de miasmes, les voit toujours, par suite de son mouvement, se disséminer, se raréfier et perdre leur propriété virulente. C'est pour cela que les épidémies de fièvres intermittentes, au lieu de parcourir les provinces, les royaumes, restent confinées dans les pays marécageux ; c'est pour cela que le véritable typhus ne se manifeste et ne se propage que là où il y a encombrement et saturation de l'air par des miasmes ; c'est pour cela enfin que je ne crois pas *aux courants morbigènes* de M. Audouart. Ces courants, s'ils existaient, subiraient la loi commune aux agents toxiques qui ont l'air pour véhicule ; ils deviendraient d'une innocuité parfaite à une très courte distance de leur point de départ. Ce n'est là qu'une hypothèse que les faits infirment, que le raisonnement repousse, et, à tout prendre, il est bien préférable d'attribuer à la suette une origine spontanée et purement locale.

Je ferai observer d'ailleurs que quand il serait vrai que la suette aurait été importée par l'air atmosphérique dans un pays, il n'en résulterait pas que cette affection terrible s'y serait ensuite

reproduite par le contact. L'importation, on ne saurait trop le répéter, n'a pas pour conséquence nécessaire, inévitable, ce dernier mode de transmission.

Lorsqu'un état morbide a été importé dans une contrée, sa reproduction, s'il en est susceptible, s'effectue de deux manières : *sans ou avec le concours d'une influence épidémique*. Dans le premier cas, c'est le contact médiat ou immédiat qui la détermine ; il y a alors véritablement contagion. Dans le second cas, ce n'est qu'après que les miasmes qui se dégagent du corps des malades ont saturé l'air ambiant et lui ont imprimé des propriétés délétères, qu'elle peut avoir lieu. Les faits de ce genre appartiennent à l'infection, et c'est dans cette catégorie que se rangent naturellement ceux que mentionnent les médecins qui ont écrit sur la suette. On serait donc en droit d'en inférer que la suette n'est pas contagieuse. Mais comme la question en vaut la peine et qu'elle est en ce moment toute palpitante d'actualité, j'ajouterai que si quelques auteurs de nos jours sont arrivés à des conclusions contraires, c'est parce qu'ils confondent l'infection avec la contagion, et qu'ils n'ont aucune raison plausible pour cela. Rien ne donne le droit, du moins, de prétendre qu'il est impossible de tracer une ligne de démarcation entre elles, parce qu'il y a des états morbides qui se propagent par l'un et l'autre de ces genres de transmission. On ne saurait disconvenir, sans doute, qu'il y ait des maladies qui jouissent de ce double mode de reproduction ; mais, outre que ce fait n'est prouvé que pour la variole, la rougeole et la scarlatine, il n'en résulte nullement qu'on n'ait pas les moyens de séparer les affections infectieuses de celles qui se communiquent par le toucher. Il importe peu, au surplus, qu'il y ait des maladies douées du triste privilége de se développer par le contact et par la respiration d'un air impur ; l'essentiel est qu'il en existe qui ne soient dues qu'à l'infection. Or, ce serait fermer les yeux à l'évidence que de le nier.

Une chose encore qu'on n'est pas autorisé à avancer, c'est que les maladies infectieuses doivent être confondues avec les maladies contagieuses, et recevoir ce titre parce qu'elles ont, comme ces dernières, pour propriété de ne jamais déterminer d'autres lésions qu'elles. S'il est vrai, en effet, que les affections contagieuses aient pour caractère commun de ne produire qu'elles, c'est-à-dire de se transmettre toujours identiques d'un individu souffrant à un individu sain, il ne l'est pas moins qu'il y a entre elles cette différence que l'agent qui les détermine ne modifie pas l'économie de la même manière, et c'est précisément cette différence qui fait qu'il est essentiel de les distinguer. Nous

savons parfaitement que *la suette n'occasionne que la suette, le choléra que le choléra, la variole que la variole*, etc.; mais ce que nous savons aussi, c'est que si on place un suettique dans un appartement bien espacé et bien aéré, il ne donnera la suette à personne, tandis qu'un varioleux, placé dans des conditions analogues, donnera la variole à ceux qui le toucheront, pour peu qu'ils soient prédisposés à la contracter ; pour arrêter les progrès d'une maladie infectieuse, il suffit de disséminer les patients et de les mettre dans des lieux salubres ; pour enrayer ceux d'une maladie contagieuse, il faut séquestrer les sujets qui s'en trouvent atteints. Telles sont les différences que ces deux ordres d'états morbides présentent sous le rapport de leur mode de propagation, comme sous celui du régime sanitaire qu'ils réclament, et c'est précisément pour cela qu'il importe tant de ne pas confondre l'infection avec la contagion.

Les partisans de l'identité ont beau nous dire qu'il y a tout aussi bien contagion quand la maladie se transmet par l'intermédiaire de l'air ambiant, que lorsqu'elle se communique par le contact d'un individu ou d'un objet contaminé, la vérité est que, dans ces deux cas, le mode de propagation n'est pas le même et nécessite des moyens préventifs différents.

Une pareille doctrine, au surplus, a ses dangers et devrait être repoussée : d'abord, parce qu'elle tend naturellement à établir que les maladies infectieuses exigent le même régime sanitaire que celles qui se manifestent par le toucher (1) ; ensuite, parce que le mot *contagion* ne signifiant, à proprement parler pour le vulgaire, que la transmission d'un état morbide par contact médiat ou immédiat, entraîne toujours à ses yeux l'idée de ce genre de transmissibilité pour les affections auxquelles on l'applique, ce qui expose les malades à se voir délaissés, même par leurs proches, et devient souvent une cause sérieuse de trouble parmi les populations.

La science, on le voit, n'est pas seule à vouloir qu'on sépare la contagion de l'infection, les intérêts bien entendus de l'humanité le réclament également.

On ne saurait trop s'élever, par conséquent, contre cette théorie nouvelle qu'on cherche à produire depuis quelque temps, et qui consiste à ne point séparer les maladies qui se développent par le contact de celles qui proviennent d'une cause miasmatique. Cette opinion, quoi qu'on en dise, ne repose sur aucun fondement solide et doit être rejetée.

(1) Ce qui le prouve, c'est que partout où cette opinion a pris faveur, on a réclamé le maintien ou le rétablissement des quarantaines.

4. *Études sur la suette miliaire épidémique, et en particulier sur l'épidémie de* 1849 ; par M. J. Guérin.

Suite et fin : *voir* t. X, octobre, 1851, p. 21.

(Gazette médicale de Paris, N° 37, 1851.)

Cinquième question. — Quid *de la nature de la suette de* 1849 ?

Il y a des épidémiographes qui enseignent que la nature d'une épidémie peut changer ; c'est même, dans certaine école, une opinion accréditée. Cette erreur ne saurait être que le résultat d'une méprise. — La nature d'une maladie, c'est sa cause, sa vraie cause, et une maladie ne peut changer de cause sans cesser d'être elle-même. Dans le langage de certaines écoles, la nature des maladies est confondue avec leur forme ou leur siége, ce qui conduit à supposer qu'une épidémie, envisagée sous le rapport de sa forme, peut changer de nature. Pour nous, et sans doute pour tous ceux qui considèrent la suette comme le produit d'une cause déterminée, *sui generis*, il n'y a pas lieu de supposer que la nature de cette maladie puisse changer. Elle peut être modifiée quant à son degré, quant à son intensité, quant à son alliance avec d'autres influences morbides ; mais en tant que suette, c'est-à-dire exprimée par le groupe de symptômes auxquels on est convenu de donner le nom de *suette*, elle est une, absolue, toujours identique à elle-même. Ce principe est indispensable à poser pour dissiper le vague dans lequel la science a été entretenue depuis plusieurs siècles par rapport à la maladie de la suette miliaire.

Les opinions qu'on a professées jusqu'ici sur la nature de la suette peuvent se rapporter à deux principales. Pour les uns, la suette est une maladie essentiellement inflammatoire ; pour les autres, c'est une maladie septique. Dans ces deux genres principaux viennent se résoudre beaucoup d'opinions mixtes qu'il serait superflu de rappeler ici.

La première de ces deux opinions est antérieure à la doctrine physiologique ; mais c'est surtout sous le règne de cette doctrine qu'on a professé que la suette était une gastrite, une gastro-entérite à forme spéciale, entraînant comme conséquence immédiate un traitement antiphlogistique proportionné à l'intensité de ses symptômes. Nous n'insisterons pas davantage sur cette opinion, qui ne compte plus aujourd'hui de partisans avoués. Il peut encore se rencontrer des personnes, et MM. Bucquoi et Caillat sont de ce nombre, qui admettent une forme inflammatoire ou des complications organiques inflammatoires de la suette. Mais

voilà tout. L'opinion qui regarde la suette comme une maladie de nature septique, miasmatique, gastrique, maligne, pernicieuse, réunit sous diverses formes l'unanimité des suffrages. Des six communications soumises à l'examen de la commission, aucune n'est en faveur de la nature inflammatoire de la suette et toutes apportent des faits et des raisonnements en faveur de l'opinion contraire. M. Bucquoi, sans s'expliquer très catégoriquement, regarde la suette comme un certain mode d'empoisonnement; elle consisterait dans un vice particulier de l'air qui, transmis par la respiration dans la masse du sang, l'infecte et agit à la façon des poisons miasmatiques sur le système nerveux de la vie organique. M. Neucourt trouve une très grande analogie entre la suette et les fièvres éruptives en général, et la scarlatine en particulier. Mais ces opinions, reproduites sans faits ni développements nouveaux, laissent la question au point où elles l'ont trouvée. Il n'en est pas de même de M. Foucart. Ce médecin, par la manière dont il a réuni les faits connus, par la discussion lumineuse à laquelle il les a soumis, par l'ordre et la clarté qu'il a apportés dans le groupement des preuves, par les nouveaux aperçus qu'il a su ajouter en faveur du caractère septique de la suette, a donné à cette doctrine un très haut degré de probabilité. Pour M. Foucart, la suette est une affection septique ou toxémique, comme les fièvres éruptives, le typhus, le choléra. Il y considère trois groupes de phénomènes distincts, se reliant les uns aux autres par les connexions de la nature même de la maladie : des phéonomènes de *septicité* proprement dits, des phénomènes *gastriques* et des phénomènes *nerveux*. Parmi les preuves de la septicité de la suette, M. Foucart cite la rapidité de la putréfaction après la mort; cette rapidité serait telle, qu'au bout de sept ou huit heures, il est impossible de rester dans la chambre où gît le cadavre. Il a fallu, dans toutes les localités où a sévi la maladie, renoncer à présenter les morts à l'église, et les autorités municipales ont dû abréger de plus de moitié les délais légaux pour les inhumations. Ce fait a une grande importance. Nous devons dire cependant que M. Bucquoi, médecin des épidémies du département de la Somme, dit ne pas l'avoir remarqué; mais il n'a eu que deux fois l'occasion de constater le décès de personnes mortes de la suette. Quoi qu'il en soit, M. Foucart a étudié avec le plus grand soin la nature septique de cette maladie, et s'il a laissé à désirer plus de précision dans ses remarques sur l'altération du sang, il a posé la question avec une netteté et il l'a résolue avec une vigueur qui ne permettront plus désormais aux doctrines hybrides de prétextes à des réticences stériles pour la

science ou à des compromis dangereux pour les malades. La suette est sûrement une maladie septique. C'est un pas de fait dans la connaissance et le traitement de cette épidémie.

Sixième question. — *Quel traitement a prévalu dans l'épidémie de 1849, et quels progrès l'étude de cette épidémie a-t-elle imprimés à la thérapeutique générale de la maladie?*

Nous l'avons déjà dit, la thérapeutique de la suette était loin d'être fixée. La saignée, les antipériodiques et les évacuants se tenaient en échec. Cette dissidence, qui dure depuis trois cents ans, peut-elle s'expliquer par un changement de nature de la maladie? Comment l'admettre? Trois méthodes également exclusives se posent avec une égale prétention d'efficacité absolue, non pas dans des épidémies successives, mais dans la même épidémie. Dès lors, comment laisser aux partisans de la mutabilité des causes, de la variabilité des formes, d'une même nature épidémique, le bénéfice de leur éclectisme conciliateur? Pendant que M. Rayer vantait la saignée dans l'épidémie de 1821, à l'exclusion des évacuants, M. Dubun (de Peyrelongue) déplorait les funestes effets des pertes de sang, pour préconiser l'émétique. Dans l'épidémie où M. Parrot (de Périgueux) a cru reconnaître le génie pernicieux rémittent, et guérissait avec le sulfate de quinine, M. Gaillard (de Poitiers) ne reconnaissait pas plus de rémittence à la maladie que d'efficacité à la méthode; et dans la même épidémie de Poitiers, presque sur les mêmes malades, MM. Gaillard et Loreau obtenaient avec les émetiques des résultats complétement opposés. Entre les mains du premier, ils tuaient, et guérissaient presque à coup sûr entre les mains du second. La même divergence existe entre les médecins qui ont observé l'épidémie de 1849. Sur plus de six-cents cas traités principalement par la saignée, M. Caillat affirme n'avoir perdu aucun malade. M. Neucourt (de Verdun) déclare, au contraire, qu'entre ses mains la saignée a été plus nuisible qu'utile; et M. Foucart, dont tout l'ouvrage est une éloquente manifestation contre la saignée, a guéri tous ses malades, au nombre de plus de mille, en les faisant vomir avec l'ipéca. — Serait-ce que la maladie guérissait par tous ces remèdes, ou malgré tous ces remèdes? Mais, de l'aveu de tous les auteurs, la mortalité moyenne n'est pas moins d'un vingtième, quelquefois d'un quinzième. Serait-ce enfin que chaque épidémie, meurtrière à son début, et inaccessible à cette époque à toute médication, ferait refluer sur ses périodes plus bénignes un contingent de mortalité, la même pour toutes les méthodes? Tout cela a été dit et

soutenu avec plus ou moins de fondement et tout cela prouve qu'en médecine, plus que partout ailleurs, la vérite est difficile à reconnaître et plus difficile encore à faire voir. Cherchons cependant si, malgré ces incertitudes perpétuées comme à dessein depuis trois siècles, il n'est pas possible d'arracher à ces oracles à double sens qu'on appelle les faits et l'expérience, quelque réponse plus claire et, surtout, plus profitable à la science et à l'humanité.

Il ne faut pas s'abuser quoique cette déclaration puisse rencontrer d'opposition vulgaire, il y a quelque chose au-dessus des faits, c'est l'esprit qui les observe et les juge. Dans l'espèce, cela n'est que trop bien établi, les faits n'ont jamais manqué en faveur de la saignée contre les émétiques, et *vice versâ* en faveur des émétiques contre les saignées, et, qui plus est, pour écarter tous prétexte de méprise, on a vu les mêmes faits, les mêmes malades et pour ainsi dire les mêmes morts et les mêmes guérisons témoigner tour à tour pour et contre les mêmes médications. Comment s'y prendre pour sortir de ce dédale dans lequel on semble creuser incessamment de nouvelles routes à la médecine, sans jamais lui ouvrir d'issue? Pour répondre convenablement à cette question particulière, il faudrait presqu'un traité général sur l'art d'interpréter les résultats thérapeutiques. Il faudrait rechercher comment les effets de telle ou telle médication et, dans l'espèce, comment la saignée, l'émétique, les purgatifs, le sulfate de quinine, attestent leur efficacité contre la suette, et comment les adversaires de chacune de ces méthodes parviennent à en démontrer le danger ou au moins l'insuffisance. Jusqu'ici, la médecine n'a guère procédé que par deux méthodes, du moins elle ne reconnaît, en principe, que deux méthodes : le *post hoc, ergo propter hoc*, et la méthode numérique qui a été un premier pas dans la voie des démonstrations sérieuses. Or, que faire avec ces deux méthodes en présence de M. Caillat qui vous dit avoir guéri six-cents malades principalement par la saignée, et M. Foucart qui en a guéri mille avec l'ipéca, à l'exclusion complète de la saignée, qu'il déclare dangereuse, mortelle? On n'alléguera pas que mille cas prouvent plus que six-cents, car si M. Foucart n'avait traité et guéri que six-cents malades, sa déclaration et sa négation n'en auraient pas moins d'importance à l'endroit des six-cents guérisons de M. Caillat. La difficulté reste donc tout entière. Pour en sortir, nous allons, à défaut de méthode générale d'appréciation dont la science manque encore, montrer à l'Académie à l'aide de quel procédé particulier nous sommes parvenus à nous fixer sur la valeur des différents traitements

employés contre la suette de 1849 et sur la méthode de traitement à opposer désormais à cette maladie.

Avec le ton d'une extrême bonne foi, l'un des auteurs dont nous avons examiné les travaux, M. Neucourt affirme qu'il s'est trouvé en présence de la suette dépourvu de toute conviction, et sans parti pris sur les médications connues. Il commence par saigner les trois premiers malades. Bientôt après les symptômes analogues à ceux de la fièvre intermittente étant survenus, il leur administre à tous trois du sulfate de quinine. Ces trois malades résistèrent ; mais, ajoute M. Neucourt, leur convalescence fut *d'une longueur extrême*, et quatre mois après leur maladie, ils étaient encore languissants, ne pouvant pas travailler et ayant parfois encore des sueurs abondantes plusieurs jours de suite. Le même médecin rapporte ensuite deux observations de jeunes filles mortes, qui avaient été saignées dès le début, et celle de leur mère, qui avait succombé quarante-huit heures après une application de sangsues. — En opposition avec les premiers résultats de sa propre pratique, M. Neucourt cite ceux qu'il a obtenus de l'usage des purgatifs et du sulfate de quinine combinés. La guérison a eu lieu dans tous les cas, à l'exception de celui d'une jeune fille qui avait été saignée au début de la maladie. M. Neucourt ajoute que la convalescence, chez ceux qui avaient pris le sulfate de quinine, a été beaucoup moins longue que chez ceux qui avaient été saignés.

Passant au travail de M. Caillat, nous y avons vu les deux paragraphes qui suivent :

« Toutes les fois que les étouffements étaient rapprochés, « qu'ils étaient très prononcés, et alors surtout qu'il y avait con- « gestion inflammatoire pulmonaire, je faisais une application « de sangsues qui souvent était répétée le jour même ou le len- « demain. Dans des cas plus graves encore, quand la congestion « et l'inflammation du poumon continuaient à faire des progrès, « malgré l'emploi des évacuations sanguines locales, j'ai recouru « à la saignée générale et n'ai eu qu'à m'en féliciter. »

Au bas de la même page, M. Caillat ajoute : « Je dois faire « ici une réflexion qui me semble de quelque importance sur « l'emploi des émissions sanguines dans le traitement de la « suette. Je crois que, dans cette maladie, on doit attaquer har- « diment par ces moyens les accidents inflammatoires formida- « bles qui se montrent quelquefois du côté des organes impor- « tants de la vie. Cependant (veuillez remarquer ceci messieurs) « je n'y ai jamais recouru qu'avec une très grande circonspec- « tion. En effet, les habitants des campagnes en général sup-

« portent mal, on le sait, les évacuations sanguines. Les popu-
« lations rurales au milieu desquelles je me trouvais m'ont paru,
« de plus, avoir relativement moins d'énergie, moins de résis-
« tance vitale que beaucoup d'autres.... Une circonstance en
« même temps dont il a été bon de tenir compte dans l'emploi
« des saignées générales ou locales pendant le cours de cette
« épidémie, c'est le grand abattement, la grande faiblesse mo-
« rale, compagnes ordinaires de la suette, qui fait que *la moindre*
« *déperdition de sang jette souvent le malade dans un état de col-*
« *lapsus rapidement mortel.* »

Le même auteur termine son chapitre par ces lignes remarquables :

« Au début de la maladie, j'ai quelquefois administré avec
« succès l'ipécacuanha à dose vomitive, et beaucoup de conva-
« lescences qui semblaient interminables n'ont marché rapide-
« ment vers une fin heureuse qu'à la suite de l'emploi d'un
« purgatif salin. »

Que l'Académie veuille bien le remarquer, c'est un partisan des évacuations sanguines qui parle, c'est le révélateur des violentes complications inflammatoires, qui appelle l'attention sur le collapsus rapidement mortel succédant parfois aux saignées et sur ces convalescences interminables guéries tout à coup par les évacuants. Que fallait-il pour mettre ces précieuses révélations à profit? Pour retirer tout ce qu'elles renferment d'utile au traitement de la suette, s'éclairer de la vraie nature de la maladie, partir de l'idée que la suette est une affection septique, altérant le sang et déprimant le système nerveux, généraliser à la lumière de ce principe la critique énoncée en fait dans les observations particulières de M. Neucourt et dans les réflexions mêmes de M. Caillat, et instituer hardiment une médication générale en rapport avec le caractère général de la maladie, demander, en un mot, à l'expérience généralisée la confirmation de la conception étiologique de la maladie. Voilà ce qu'a tenté et réalisé M. Foucart pour le traitement de la suette de 1849, avec un talent et un succès auxquels l'Académie, comme nous, sera sans doute heureuse d'applaudir.

Et d'abord, commençons par rendre justice à tous les médecins qui, depuis 1821, ont eu occasion d'observer la suette. Tous, sans exception, se sont élevés contre la pratique barbare qui consiste à étouffer littéralement les malades pour favoriser la sueur. Malgré l'unanimité de cette prescription, la tradition populaire n'a rien perdu de sa force, et si les paysans de la Picardie n'ont plus à leur disposition les étuves du moyen-âge,

ils ont les couvertures et les matelas sous lesquels ils ensevelissent les malades, et les galetas hermétiquement fermés où ils les asphyxient, sous prétexte de les affranchir du contact pernicieux de l'air. Ce préjugé est encore tellement puissant, que les praticiens de campagne n'y échappent pas plus que le peuple. M. Foucart affirme qu'à son arrivée sur ce théâtre de l'épidémie tous les médecins de l'arrondissement de Péronne, sans exception, faisaient suer leurs malades. Il cite même un confrère qu'il trouva au lit, accablé d'un nombre considérable de couvertures. Mais M. Foucart a apporté dans la suppression de cette pratique meurtrière l'énergie de résolution et l'autorité de conviction qu'il a montrées dans les autres phases de la thérapeutique de la suette. Partout il fit ventiler avec soin, il pratiqua ce qu'il appelle le *découvrement* brusque et général des malades. Le succès de cette révolution en grand frappa vivement les habitants, et bientôt il eut la satisfaction de voir une réaction presque générale en sens contraire.

En entrant dans la chambre des malades, il trouvait souvent les assistants occupés à les *démucher* ; c'était leur expression, et pour ceux qui connaissent la langue du pays, ils comprennent dans quel état devaient être les pauvres épidémiques *muchés* sous les couvertures, les matelas ou les édredons, suivant leur degré de fortune.

Nous arrivons aux faits importants, capitaux, de l'intervention de M. Foucart dans le traitement de la suette de 1849.

Frappé, comme vous avez pu l'être vous-mêmes, au seul énoncé des réflexions naïves du docteur Neucourt et des confidences non moins naïves de M. Caillat sur les effets de la saignée dans la suette, M. Foucart s'est d'abord attaché à démontrer, par un grand nombre de faits, le danger des évacuations sanguines comme moyen prophylactique d'abord, puis comme agent curatif.

Partant de l'idée que les constitutions robustes étaient atteintes de préférence, quelques médecins avaient conseillé la saignée comme préservatif de la suette ; mais l'expérience n'a que trop prouvé l'inanité de cette induction. Dans le pays où M. Foucart a été envoyé, il a trouvé cette croyance établie. Les jeunes gens les mieux portants venaient lui demander des saignées de précaution. Or il affirme n'avoir jamais vu un sujet prophylactiquement saigné être épargné par la maladie ; et toujours, chez tous, la maladie a été plus grave, sinon mortelle. M. Foucart cite entre autres les cas de quatre jeunes gens, forts, vigoureux, qui s'étaient fait faire le matin même des saignées de précaution ; ils

avaient été pris de la maladie quelques heures après et avaient éprouvé des accidents beaucoup plus graves que les malades non saignés. Il cite encore le cas d'un gendarme en bonne santé, qui s'étant fait faire une saignée de précaution, succomba le lendemain, après vingt-quatre heures d'une suette des plus intenses. Des cas de ce genre avaient déjà été observés dans des épidémies antérieures. M. Foucart cite un passage de Dubin (de Peyrelongue) (épidémie de 1821), qui constate les funestes effets de la saignée comme moyen préservatif de la suette.

Mais ce que M. Foucart ne démontre pas moins victorieusement, ce sont les déplorables effets des évacuations sanguines comme moyens curatifs, et il le démontre de trois manières : 1° par la mortalité ; 2° par la gravité plus grande de la maladie ; 3° par la convalescence plus longue et plus pénible.

M. Foucart n'a pas dressé de tableau statistique duquel il résulte que la saignée a fait mourir plus de malades que les autres pratiques. En temps d'épidémie, le grand nombre de faits supplée aux chiffres. Or M. Foucart affirme que la plupart des malades qu'il a vus mourir de la suette avaient été saignés. Il cite, entre autres, l'exemple d'un petit village de la Somme, la commune de Cugny, où la mortalité fut très forte, 55 morts sur 382 malades, environ le dixième, pour lesquels la commune avait dépensé la somme fabuleuse de 500 fr. de sangsues, sans compter les saignées générales.

En second lieu, les malades qui avaient perdu du sang étaient généralement pris d'accidents plus graves ; quelques-uns même passaient d'un état de suette bénigne à un état déplorable, caractérisé souvent par l'étouffement, la constriction épigastrique, des accidents nerveux formidables, et même un délire effrayant. M. Foucart rapporte plusieurs cas de ce genre. Pour lui, et, nous devons le dire, pour tous ceux qui liront son travail avec impartialité, il sera impossible de méconnaître que la saignée ait presque toujours été le point de départ des accidents nerveux. Un malade qu'il interrogeait sur la durée et le point de départ de ces accidents, lui répondit : « C'est après la saignée que les nerfs ont commencé à jouer. » — D'autres auteurs, MM. Parrot et Gaillard (de Poitiers), avaient déjà signalé les funestes effets de la saignée sur la mortalité de la suette, et l'éclatante confirmation de M. Foucart ne fait que mettre cette vérité hors de doute.

Quant à la longueur des convalescences, elle est attestée par ceux-là même qui ont employé ou préconisé la méthode antiphlogistique. M. Rayer, qui, en 1821, était partisan de cette mé-

thode, parle à plusieurs reprises des convalescences longues, qu'il suppose être, comme M. Caillat, un des caractères des guérisons de la suette. Mais les nombreuses occasions qu'a eues M. Foucart, dans l'épidémie de 1849, de renouveler ses remarques, ne permettent plus de méprise à cet égard; et ceux dans l'esprit desquels il pourrait encore rester quelque doute ne tarderont pas à le voir se dissiper.

Après s'être ainsi rendu compte du danger des émissions sanguines dans la suette, M. Foucart avait à choisir entre la méthode expectante : le sulfate de quinine préconisé par M. Parrot et les évacuants (vomitifs et purgatifs). D'après différentes considérations exposées dans son travail avec autant de science que d'impartialité, M. Foucart crut devoir donner la préférence à l'ipécacuanha déjà employé, mais très exceptionnellement. Il aborda cette médication avec résolution et fermeté. Contrairement à ce que beaucoup de médecins avaient fait timidement dans cette épidémie et dans les épidémies antérieures, M. Foucart traita de prime abord par l'ipécacuanha un grand nombre de malades, et le succès de cette large expérimentation fut si complet, qu'il en fit la base de tous ses traitements ultérieurs. Il l'essaya au début de la maladie, il le donna à ses périodes avancées, dans les cas graves comme dans les cas bénins, et l'efficacité de cette méthode entre ses mains fut telle que, sur plus de 1,000 malades où elle a été employée, *aucun n'a succombé.*

On pourrait croire au premier abord, ainsi que cela a déjà été dit, que M. Foucart a commencé ses expériences au déclin de l'épidémie. Il n'en est rien. Il est arrivé dans des localités où l'épidémie débutait, où les malades périssaient étouffés sous les couvertures et épuisés par la saignée. Dès son apparition l'épidémie changea de face, et partout où la mortalité existait dans des proportions quelconques, elle cessait complétement dès l'installation de la méthode. Parmi les faits qui établissent d'une manière irrécusable cette heureuse influence, M. Foucart cite la commune de Chuignolles (arrondissement de Péronne), où on enterrait la dixième victime au moment où M. le docteur Langlet s'y présenta. Frappé des succès de M. Foucart, notre confrère, à son exemple, change les médications employées jusque-là pour recourir à l'ipéca, et la mortalité cesse.

Du reste, nous sommes heureux de le reconnaître, M. le docteur Langlet n'est pas le seul qui ait loyalement renoncé aux méthodes précédemment préconisées pour suivre les exemples de M. Foucart. M. le docteur Missa (de Nanteuil), ainsi que MM. les docteurs Mollien, Krichten, Gaujan, se sont empressés,

le premier surtout, de recourir au traitement par l'ipéca, et les résultats qu'ils ont obtenus sont un précieux témoignage en faveur de la méthode.

L'Académie l'a suffisamment compris, il ne s'agit plus ici d'un point de départ statistique ; ce n'est pas une mortalité moindre, une proportion de guérison plus grande, mais d'une révolution complète, radicale dans le traitement de la suette. Que faut-il pour le démontrer sans réplique ? Rappeler les mille guérisons obtenues par M. Foucart, en opposition avec les six-cents de M. Caillat ? — Mais ce n'est pas à l'aide d'une simple opération d'arithmétique qu'on peut apprécier la valeur d'une méthode de traitement. Ainsi que l'a dès longtemps établi notre éminent collègue M. Louis, l'influence d'une médication sur la marche de la maladie, permet seule de juger de son efficacité, Or, de l'aveu de M. Caillat lui-même, par les saignées, les convalescences sont longues, pénibles et traversées d'accidents ; par l'ipéca, elles sont généralement courtes, rapides, et la maladie est presque toujours enrayée du premier coup.

Cependant, M. Foucart ne s'est pas absolument interdit de recourir à des médications auxillaires quand les indications s'en présentaient. Ainsi, lorsqu'à la suite de l'action vomitive, la maladie prenait la forme rémittente ou intermittente, il avait recours quelquefois et avec succès aux préparations de quinine. De même, lorsque l'état bilieux ou la constipation persistaient, il administrait utilement des purgatifs salins. Telle a été la conduite de M. Foucart.

Si, maintenant, nous passons du particulier au général ; si, de l'épidémie de 1849, il est permis de conclure, quoique avec réserve, aux épidémies de suette à venir, n'a-t-on pas lieu d'espérer que le traitement général de cette maladie aura fait un grand pas ? Ne devra-t-on pas aborder désormais avec confiance, et sans hésitation aucune, le traitement qui a si bien réussi entre les mains de notre confrère ? Certes, avant de se prononcer d'une manière définitive, avant d'admettre cet aphorisme que nous avons proposé nous-mêmes, que « l'ipéca est, en quelque façon, le spécifique de la suette, » il conviendra d'en vérifier l'efficacité absolue dans une nouvelle épidémie, à son début, à sa période d'état, comme à son déclin, mais à son début surtout ; car s'il pouvait rester encore quelque doute sur l'efficacité constante de la médication, ce serait à cette époque où la maladie donne à peine le temps de recourir à la médecine qu'il conviendrait surtout d'expérimenter. Mais nous ajouterons qu'au début des épidémies de suette, comme au début de toutes les autres épidémies,

l'important sera de saisir la maladie dès ses premières apparences. S'il est vrai, en effet, que l'influence épidémique neutralise à son profit toutes les autres influences morbides, il ne faut pas hésiter à systématiser le remède comme elle systématise la maladie, faire vomir immédiatement tous les malades par l'ipéca. Il ne peut y avoir à cette précipitation aucun inconvénient : la maladie ne fût-elle encore qu'à l'état de menace, on l'empêche de se développer ; il n'est pas moins utile de la prévenir que de la guérir.

En conséquence de ce qui précède, la commission de la suette croit devoir proposer d'adresser des remercîments à MM. Boinet, Bucquoy, Caillat, Lachèze, Neucourt, pour leurs communications, et de féliciter en particulier M. Foucart pour ses importantes recherches, et de renvoyer son mémoire au comité de publication.

THÉRAPEUTIQUE.

5. *Essai ou Considérations pratiques sur le traitement de la pneumonie* ; par le docteur C. Saucerotte, membre correspondant de l'Académie de médecine de France ; Médecin en chef d'hôpital ; Officier de l'instruction publique, etc. (A Lunéville.)

(Journal de médecine de Bordeaux, octobre 1851.)

Les phlegmasies pulmonaires sont au nombre des maladies que j'ai été le mieux à même d'observer. Cent-cinquante cas environ de pneumonies aiguës se sont présentés dans mon service civil à l'hôpital de Lunéville, pendant l'espace de dix ans. Les salles militaires m'en ont fourni un tiers au moins en sus (1) Enfin, ma pratique particulière m'en a également offert un grand nombre depuis vingt ans, quoique dans une proportion moindre ; (ce qui tient, je pense, à la différence des professions.) Il m'est donc permis d'en parler avec quelque autorité.

Cette influence des professions m'amène à dire ici quelques mots sur l'étiologie de cette affection, avant que de passer à la question du traitement, la seule dont je veuille m'occuper avec quelques détails.

Sur cent-dix-huit malades civils (hommes et femmes) traités

(1) Dans ce seul hiver de 1850-51, j'en ai reçu vingt dans les salles militaires seules ; ces cas ne figurent pas dans le chiffre que je donne ci-dessus.

à l'hôpital, et dont j'ai noté les professions, soixante-dix occupés constamment en plein air se trouvaient exposés à toutes les vicissitudes météorologiques; huit travaillaient dans l'humidité ou dans l'eau. Faut-il en conclure, avec le plus grand nombre des classiques, « que le froid est la cause déterminante la mieux démontrée de la pneumonie? » (*Compendium de médecine.*) Ce langage n'est pas parfaitement exact. C'est au commencement et surtout au sortir de la mauvaise saison, que l'on observe le plus fréquemment cette maladie. Les mois de mars et d'avril figurent dans tous les relevés numériques comme les plus chargés. Les cinq sixièmes de nos pneumoniques ont été frappés en février, mars, avril, mai, novembre et décembre ; le plus grand nombre en mars et avril, c'est-à-dire à l'époque du dégel, lorsqu'à des froids de 1 à 12 degrés succédait une température de 1 à 12°. Aussi, quand à des froids soutenus je voyais succéder tout à coup un temps mou et humide, j'annonçais, sans crainte de me tromper, l'apparition de nombreux pneumoniques dans nos salles.

Il me semble qu'il n'est pas bien difficile de donner une explication physiologique de ces faits.

On réagit contre le froid, on ne réagit pas contre un air humide dont la température est peu élevée. Les fluides abandonnent donc la périphérie, et congestionnent les viscères, notamment les poumons, qui, outre leurs relations sympathiques et supplémentaires avec la peau, contiennent plus de sang qu'aucun autre. C'est à la même cause, c'est-à-dire à la diminution de la perspiration cutanée, à l'anéantissement de cette puissance expansive qui réagit, à la manière des forces centrifuges, contre les températures extrêmes, que sont dues les exacerbations vernales des catarrhes, de l'asthme, les morts subites, plus communes aussi à cette époque de l'année qu'à toute autre, par suite des congestions passives du cerveau et du cœur (syncope des anévrismatiques) ; chacun selon sa prédisposition. Il est de plus à remarquer que si, sous l'influence tonique du froid, ce sont les constitutions pléthoriques qui sont préférablement atteintes, par suite de l'énergie immodérée de la réaction, ce sont sous l'action énervante du froid humide, les personnes les plus faibles qui contractent les pneumonies ; leurs poumons se laissent envahir sans résistance, par suite de l'asthénie des capillaires et de la peau. C'est ainsi que l'on pourrait expliquer comment ce seraient les constitutions les plus débiles, selon certains auteurs, et selon les autres, au contraire, les organisations les plus riches, qui seraient plus particulièrement atteintes.

J'arrive à l'appréciation des diverses médications usitées jusqu'à présent contre la pneumonie.

1. — *Émissions sanguines.* Si un fait paraissait acquis à la thérapeutique, c'est, sans contredit, l'utilité de la saignée dans les phlegmasies du poumon. Sanctionnée par la pratique des plus grands observateurs, recevant tous les jours, de l'expérience, une consécration nouvelle, cette pratique restait depuis des siècles à l'abri de toute contestation ; et si, dans quelques circonstances spéciales, quelques épidémistes avaient cru devoir exceptionnellement et momentanément y renoncer, l'immense majorité des médecins n'en conservait pas moins cette méthode traditionnelle, aussi vieille que l'art lui-même. Il était réservé à notre époque d'en juger autrement. D'abord sont venus les arithméticiens de la pathologie, qui se sont efforcés de démontrer, par des chiffres, que la saignée n'exerce pas plus d'influence sur la durée de la maladie que sur sa mortalité. A côté de ces sceptiques se sont produits les homœopathes, qui, doués en revanche de la foi la plus robuste dans l'action infinitésimale des remèdes, ont prétendu guérir tous leurs pneumoniques avec quelques globules d'aconit, etc. L'Esculape de Grœfenberg n'a pas craint de les traiter à l'eau froide, et plus récemment enfin, un praticien habile soutenait devant une Société de médecine, « que la saignée ne doit être employée contre la pneumonie que dans des cas rares et exceptionnels. » Il est vrai que depuis, le même confrère s'est rangé sous la bannière de l'homœopathie, ce qui ne laisse pas que de compromettre un peu l'autorité de sa parole. — Pour ce qui est de la question de chiffres, nous renverrons de M. Louis à M. Bouillaud ; et tant qu'on n'aboutira qu'à des résultats aussi opposés que ceux qui sont donnés par ces observateurs éminents, on nous permettra de ne pas accorder une foi absolue aux formules numériques en matière de thérapeutique. — Des excentricités comme celles de quelques hydropathes, n'entraîneront jamais sans doute beaucoup de suffrages ; et, quant aux succès des homœopathes *de bonne foi*, ils ne prouvent, réduits à leurs véritables proportions, qu'une seule chose : c'est que les pneumonies qui ne sont pas graves, peuvent guérir sous l'influence d'une médecine expectante ; ce que démontrent également les observations de M. Louis et des partisans de l'expectantisme, aux différentes époques de l'art.

Mais est-il vrai que la saignée doive être bannie du traitement de la phlegmasie des poumons ? Nous en appelons de cette sentence à la pratique constante des Sydenham, des Huxham, des Hufeland, des Franck ; à celle de nos contemporains les plus

illustres. Il y a là des résultats connus de tous, et contre lesquels il ne saurait être permis de s'inscrire en faux, fût-on persuadé qu'on est plus heureux que tout le monde dans le traitement d'une maladie que tant d'excellents travaux ont contribué à nous faire connaître. En vain dirait-on que l'art possède aujourd'hui, dans les préparations antimoniales, de puissantes ressources inconnues de nos prédécesseurs; si les effets de ces préparations sont mieux connus de nos jours, si leur emploi a été formulé avec plus de rigueur, il n'est pas entièrement nouveau.

Ensuite, quand on aurait prouvé que les antimoniaux sont préférables à la saignée, on ne serait pas autorisé à en conclure par cela même que celle-ci est inutile ou même nuisible; ce ne serait, après tout, qu'une question de supériorité relative, et ce n'est pas à cela que se bornent les prétentions des adversaires de la tradition. Or, bien que le faible poids de mon expérience personnelle ne puisse peser que bien peu sur cette masse imposante de témoignages, il m'a semblé que tout observateur convaincu se devait de protester, pour sa part, contre l'arrêt qui tend à frapper la pratique consacrée. Si cela m'oblige à énoncer des choses connues déjà, je ferai du moins perdre le moins de temps possible à mes lecteurs, en résumant dans les quelques propositions qui suivent, ce que l'observation m'a appris à cet égard.

1° La saignée, faite dans des proportions convenables, produit toujours un amendement dans la pneumonie, à l'exception de quelques pneumonies épidémiques, ou survenant pendant une épidémie de grippe, et revêtant ce caractère particulier qui leur ont fait donner, par les anciens, le nom de *malignes*. (Voir l'observation I.)

2° Cet amendement n'est que bien faible ou de courte durée, si la première saignée n'est suivie d'une seconde, pratiquée à un court intervalle.

3° Son résultat est d'autant plus satisfaisant que la phlegmasie est plus franche, plus complétement dégagée de toute complication catarrhale, bilieuse ou typhoïde; la couenne (qui ne se montre souvent qu'à la seconde ou même à la troisième saignée) plus ferme, mieux formée.

4° L'omission de la saignée, au début de la pneumonie, a pour résultat ordinaire (si l'affection est grave) de la laisser passer promptement de la période d'engouement à celle d'hépatisation rouge, et de celle-ci à l'hépatisation grise.

5° Faite à des intervalles de plusieurs jours, elle modère l'intensité de la maladie, favorise la résolution, mais n'a que

peu d'influence sur sa durée. — Il en est tout autrement quand elle est pratiquée à des intervalles rapprochés. Il n'est pas rare de voir, en pareil cas, l'affection avorter, ou s'arrêter si elle est prise à temps, à la période d'engouement.

6° La saignée peut être utile à toutes les périodes de la maladie, et être pratiquée même en présence des accidents les plus alarmants, si la pneumonie est de nature sthénique. (Voir l'observation II.)

7° La saignée générale a pour utile auxiliaire les saignées locales, dans tous les cas où la plèvre est malade (et ce sont les plus nombreux).

8° On n'obtient pas des émissions sanguines employées seules, des résultats aussi complets ni surtout aussi prompts que ceux que l'on doit à leur emploi combiné avec l'administration des antimoniaux.

Comme exemple de l'inefficacité de la saignée, dans les cas mentionnés ci-dessus au premier paragraphe, je citerai le fait suivant.

Obs. Ire. — M. G., âgé d'environ quarante ans, nerveux, assez replet quoiqu'ayant perdu une grande partie de son embonpoint, souffrait depuis plusieurs années d'une hypertrophie du cœur, et avait été frappé d'une congestion cérébrale qui en était probablement la conséquence, lorsqu'il s'enrhuma pendant l'hiver de 1842, sous l'influence d'une épidémie de grippe d'un caractère assez malin, qui régnait dans notre localité. Il toussait déjà depuis plusieurs semaines sans avoir pris le temps de se soigner, absorbé qu'il était par son commerce, lorsqu'un redoublement de toux, accompagné d'un peu de fièvre, le força à s'aliter. 20 sangsues appliquées sous les clavicules, n'empêchèrent pas le mal de prendre des proportions plus graves. Dès le lendemain je pouvais constater une pneumonie du côté droit. Une large saignée fournit un sang noir, épais, qui se recouvrit immédiatement d'une couenne épaisse, ferme, d'un jaune verdâtre. Le malade n'en retira aucun soulagement. La phlegmasie continua à s'étendre dans le poumon droit, qui, dès le lendemain, commençait déjà à s'hépatiser, tandis que dans le côté gauche on percevait des râles bronchiques de différents caractères. L'aspect du sang, la dyspnée, l'intensité du mouvement fébrile et la dureté du pouls, non moins que les signes sthétoscopiques, me parurent indiquer une nouvelle saignée. L'insuccès de la première devait-il m'arrêter ? Mais que de fois ne voyons-nous pas le mieux ne se déclarer qu'après la seconde ? Moins couenneuse que la première, celle-ci, loin d'avoir plus de succès, fut suivie

d'une telle aggravation dans les symptômes, que j'eus presque regret de l'avoir faite. En effet, des accidents nerveux (jactitation, soubresauts, délire, anxieté extrême) ne tardèrent pas à se déclarer. Les traits s'altérèrent, la prostration fit des progrès rapides, et nonobstant les vésicatoires, le musc, administré de concert avec deux confrères, le malade succomba après quatre jours de maladie. La rapidité foudroyante avec laquelle marchèrent les accidents, l'apparition des phénomènes ataxiques, nous ôtèrent dès l'abord la possibilité de persister dans l'emploi de l'oxide blanc d'antimoine, qui avait été administré entre la première et la seconde saignée. Employés seuls, les antimoniaux eussent-ils été plus efficaces? J'en doute, puique eux aussi agissent en hyposthénisant. Quant aux saignées je n'y recourrais plus, dans une circonstance identique, qu'avec une grande défiance. Sans doute, il est des cas où toute médication échouera, soit par l'état de santé antérieur du malade et les affections concomitantes, soit par la malignité de la constitution régnante, soit, comme chez M. G., par ces circonstances réunies. Mais enfin si l'on ne sauve pas, il faut être certain du moins de ne pas nuire.

Maintenant, je vais citer un second fait comme exemple de la possibilité de saigner avec succès, *in extremis*, dans certains cas de pneumonies sthéniques.

Obs. II. — Je fus appelé, en janvier 1837, par un froid assez rigoureux, dans la commune de Damelevières, pour la D^lle^ H., âgée de vingt ans, de constitution assez robuste, atteinte, depuis plusieurs jours, d'une pneumonie pour laquelle on n'avait demandé d'autres conseils que ceux d'un pharmacien, qui avait fait prendre du kermès à haute dose dans une potion. La phlegmasie pulmonaire n'en avait pas moins marché, et la malade paraissait, lorsque j'arrivai, dans un état désespéré. La peau était froide, la face plombée, les lèvres violettes, le pouls concentré, fréquent ; la dyspnée extrême, l'expectoration nulle, le son mat et la respiration tubaire dans une grande partie du poumon droit, avec des râles divers dans le côté gauche. Je fis appliquer immédiatement des sinapismes, puis des vésicatoires volants aux mollets, pour relever le pouls, et, confiant dans l'âge et la bonne constitution de la malade, dans la courte durée de la maladie, l'absence de complication et le caractère inflammatoire de la constitution régnante, je me décidai à pratiquer une saignée de trois palettes, qui me fournit un sang diffluent, couleur lie-de-vin.

Cependant cette émission sanguine, qui passait presque pour

une témérité aux yeux des assistants, rendit de jeu à la respiration ; le pouls se releva, et les symptômes les plus graves se dissipèrent peu à peu. Bref, un troisième vésicatoire appliqué sur le côté malade, et de petites doses de tartre stibié quand la réaction fut établie, achevèrent la résolution. Cette jeune fille, parfaitement rétablie, se maria quelques mois plus tard ; elle est aujourd'hui mère de famille.

Pierre Franck ne craignait pas, comme on le voit par son *Traité de médecine pratique*, de prescrire la saignée à une époque fort avancée. « Par ce moyen, dit-il, nous avons heureusement rétabli un grand nombre de malades dont on avait jugé le poumon en suppuration ou la mort prochaine.... Souvent, malgré le refroidissement des extrémités, la couleur presque cadavéreuse de la face, l'extrême petitesse du pouls, nous avons osé, les doigts appliqués sur l'artère, ouvrir les veines au malade, dans un état de suffocation imminente, et son salut a justifié notre audace. » (T. II, pages 108 et 109 de la traduction Goudareau.) Ce passage justifierait suffisamment la détermination que je pris à l'égard de ma malade, si le succès du traitement ne m'absolvait plus complétement encore. C'est l'une de ces circonstances où la phlébotomie n'agit plus seulement comme moyen dynamique, mais où elle opère mécaniquement, en quelque sorte, pour rétablir la respiration dans le parenchyme pulmonaire engorgé. N'est-ce pas aussi sa manière d'agir dans les pneumonies hyposthéniques, dans celle des vieillards ?

Un mot pour achever ce qui concerne l'emploi des émissions sanguines dans ces affections.

De ce que j'ai dit de l'utilité des saignées à de courts intervalles, il ne faudrait pas conclure que j'adopte de tout point la formule de M. Bouillaud. Cette formule, trop absolue, selon moi, a plusieurs inconvénients.

Premièrement elle conduit à soustraire systématiquement et *quand même*, une quantité de sang plus ou moins considérable, à des pneumonies qui eussent pu guérir à moins de frais, avec une moindre déperdition de forces.

En second lieu, elle laisse supposer que les émissions sanguines constituent la médication la plus efficace *partout et toujours*, lorsqu'il est constant que d'autres agents, les antimoniaux notamment, possèdent une efficacité non moins grande, peut-être même supérieure *dans quelques cas*.

En troisième lieu, elle ne tient pas suffisamment compte, par conséquent, des indications diverses qui naissent des complications de la maladie, de la constitution régnante, de l'état

bilieux, catarrhal, typhoïde, etc., bien que la pneumonie franche, où elle est plus spécialement applicable, ne soit après tout que l'une des variétés de cette affection.

II. — *Médication antimoniale.* L'effet capital de la médication antimoniale, consiste, selon moi, dans l'hyposthénisation de toutes les fonctions, rendue manifeste par l'abaissement de la caloricité, par la diminution de la force et de la fréquence du pouls, par la faiblesse musculaire, par les vertiges, les lipothymies même ; phénomènes d'autant plus marqués, que la température du corps, la force et la fréquence des impulsions du cœur, s'élèvent davantage au-dessus de l'état normal auquel la médication antimoniale a la propriété de les ramener.

Je citerai parmi les faits de ce genre, celui d'un jeune soldat au deuxième régiment de lanciers, atteint d'une pneumonie simple au premier degré, et chez lequel 35 centigrammes de tartre stibié, administrés à doses fractionnées dans une potion, produisirent des lipothymies, des sueurs froides, la pâleur de la face, le refroidissement des extrémités, la petitesse et le ralentissement du pouls, à tel point que je dus promptement recourir aux sinapismes, aux vésicants et aux stimulants internes pour faire cesser cet état alarmant. Cependant, cet homme n'avait eu que deux vomituritions, et deux ou trois évacuations alvines ; ce n'est donc pas là qu'on pouvait trouver la cause de ce collapsus profond : mais la fièvre était faible, il y avait peu de réaction. C'est ainsi que, dans l'état de santé, l'organisme ne supporte pas impunément les doses de tartre stibié que l'on peut donner, sans inconvénient, dans la fièvre inflammatoire pneumonique, parce que, en pareil cas, le médicament ne peut agir sur la sensibilité de la fibre animale, sans la faire descendre de son type physiologique.

C'est en vertu de la même loi que l'on peut supporter des doses énormes d'opium dans la colique saturnine, et que le narcotisme commence dès que les symptômes de l'intoxication se dissipent. C'est encore (dans un autre ordre de faits) par la même raison que l'on peut, après la sudation hydro-thérapeutique qui a élevé la température du sang d'un degré ou plus, entrer sans danger dans un bain froid, qui le fait descendre à sa température normale.

En outre de cette action hyposthénisante, les antimoniaux paraissent agir d'une manière spécifique dans les phlegmasies de l'appareil respiratoire ; ce que prouvent indirectement les expériences d'Heisgton et de M. Magendie, qui ont reconnu a un tartre stibié une action spéciale sur les nerfs de la huitième paire.

Un phénomène assez constant de cette médication, c'est une diaphorèse parfois très abondante, même en l'absence des vomissements ; enfin, dans quelques cas, une sécrétion considérable, et comme une pluie de la muqueuse bronchique. La sécrétion urinaire est fréquemment aussi augmentée ; la sécrétion salivaire plus rarement. On a regardé la tolérance comme une condition essentielle du succès de cette médication ; je ne puis être de cet avis, et j'ai renoncé, depuis longtemps, à associer l'opium au tartre stibié (1), n'ayant jamais retiré de ce dernier de plus prompts et de meilleurs résultats que dans les cas où j'obtenais des selles. C'est que l'on produit ainsi, outre l'action spéciale, une révultion qui pour n'être pas, comme le veut l'école physiologique, toute la médication, ne doit pas moins être comptée pour quelque chose dans l'effet curatif, soit par la spoliation de certains éléments du sang, soit par les phènomènes sympathiques que cette révulsion met en jeu.

Le *tartre stibié* est la préparation que j'emploie de préférence chez les adultes, nulle ne m'ayant paru plus héroïque. Mais par cela même qu'elle agit plus énergiquement, révulsant et hyposthénisant tout à la fois, elle trouve des contre-indications formelles dans l'état d'épuisement et de faiblesse radicale des malades, dans la forme adynamique de la maladie, etc. J'en ai vu plus d'une fois de mauvais effets chez les vieillards. Je ne m'étonne donc pas que Prus, et MM. Hourmant et Dechambre en aient obtenu des résultats très variables ; mais je ne comprends pas comment un praticien habile a pu lui donner la préférence sur le kermès ou l'oxyde d'antimoine, dans la pneumonie des individus âgés (*Mém.* de M. Tessier, de Lyon.) L'inconvénient est moindre chez les enfants, qui vomissent plus facilement, et dont la vitalité, quoique faible, est plus riche en ressources. Mais un danger particulier naît chez eux de la facilité avec laquelle les cavités buccale et pharyngienne contractent la phlegmasie diphtéritique. On doit donc, quand on fait usage chez ces malades des préparations stibiées, examiner tous les jours si l'on ne découvre sur ces parties ni pustules, ni plaques. A ce propos, je dois dire que cet accident m'a paru plus commun chez les malades qui n'avaient pas d'évacuations, que chez les autres. Cette éruption ne résulterait donc pas seulement du passage

(1) Un individu ayant pris par mégarde 0,40 de tartre stibié et 0,50 d'opium dissous dans 180,00 d'alcool, n'en éprouva aucun effet sensible, ni ivresse, ni narcotisme, ni évacuations. (Giacomini; *Mat. méd.*, p. 263). Ces agents se neutraliseraient-ils réciproquement ?

de l'émétique à travers les premières voies, mais elle exigerait aussi pour se produire un certain degré de saturation antimoniale. C'est ce dont on pourra se convaincre en employant des pilules stibiées convenablement enveloppées, comme cela a été déjà proposé.

Encore influencé, dans les débuts de ma pratique, par les craintes exagérées qu'avaient répandues l'école physiologique, je regardais (sauf l'existence d'un embarras bilieux non équivoque) les vomissements comme une contre-indication de l'émétique au début de la pneumonie. J'ai constaté depuis qu'à l'exception des cas très rares de gastrite, ces vomissements, qui sont ordinairement sympathiques et le résultat du trouble de l'innervation et de la participation du pneumo-gastrique aux fonctions des deux viscères, n'excluent pas l'emploi du tartre stibié; qu'ils cessent bientôt d'eux-mêmes, nonobstant l'administration des préparations antimoniales, lesquelles diminuent la contractilité du ventricule; qu'enfin, il y a avantage à administrer celles-ci à doses vomitives à des intervalles rapprochés, quand il y a des symptômes d'embarras bilieux des premières voies. L'existence antérieure d'une affection aiguë du tube digestif ne m'a pas même paru présenter, dans tous les cas, une contre-indication absolue à cette médication. Ainsi, j'ai cité naguère, dans un *Compte-rendu* de mon service nosocomial, le cas d'un nommé Gérardin, âgé de dix-sept ans, entré à l'hôpital avec des symptômes de gastro-entérite, et chez lequel une pneumonie était venue à se déclarer pendant la convalescence; ce qui m'obligea, par suite de l'inefficacité des émissions sanguines, à employer, non sans beaucoup d'hésitation, le tartre stibié, qui produisit plusieurs évacuations alvines, et amena une amélioration notable dans la phlegmasie pulmonaire, sans réveiller l'affection de la muqueuse intestinale. Je citais aussi, dans le même travail, l'observation de la femme Prévôt, âgée de cinquante ans, et chez laquelle une pneumonie, déclarée postérieurement à une colite aiguë dont elle était à peine guérie, nécessita l'emploi du tartre stibié, qui ne réveilla pas la maladie primitive. J'ai depuis recueilli un fait plus remarquable encore, sous ce rapport, et dont je vais donner ici une analyse sommaire.

Obs. III. — Silber, Alsacien, âgé de vingt ans, d'un tempérament sanguin, en condition à Lunéville, tombe malade dans les premiers jours d'août 1842, et m'offre les symptômes d'une gastro-pneumonie ataxique : douleur à l'épigastre, langue rouge, sèche, avec un enduit bilieux au centre ; quelques vomissements bilieux ; constipation ; un peu de gargouillement dans le reste

du ventre, qui est généralement sensible à la pression ; douleur pleurétique à droite, râle crépitant du même côté, crachats rouillés, céphalalgie, fièvre ardente, agitation extrême. Le malade se découvre sans cesse, veut se lever, pousse des plaintes continuelles. Deux saignées, deux applications de sangsues, dont l'une à l'épigastre ; une application de ventouses sur le ventre, puis un vésicatoire sur le point pleurétique, n'avaient amené qu'un amendement insuffisant dans la situation du malade, lorsque je me décidai à prescrire une potion stibiée de 0,20, laquelle produisit deux vomissements et quelques selles, et consécutivement, par suite de son emploi prolongé pendant quelques jours, une amélioration telle, que le malade entrait en convalescence le 16.

J'emploie le tartre stibié à la dose de 0,10 à 0,40 dans une potion gommeuse de 125,00, que l'on administre par cuillerées à bouche, de deux en deux heures d'abord, puis d'heure en heure, avec recommandation expresse d'éloigner les doses, ou même de les suspendre si les vomissements continuent après les premières cuillerées, ou si les selles sont trop nombreuses et hors de proportion avec les forces du malade. Lorsque la maladie, arrivée à sa décroissance, marche d'elle-même vers la résolution, je me borne à favoriser celle-ci par de faibles doses de kermès. Puisque le tartre stibié donné à cette dose produit tous les effets qu'on peut en attendre, je ne vois pas pourquoi on court gratuitement les chances de doses toxiques, dont l'emploi peut être suivi d'accidents graves, comme je l'ai vu de mes propres yeux dans quelques hôpitaux de Paris, à l'époque où Laennec cherchait à naturaliser la pratique rasorienne.

Après le tartre stibié, la préparation antimoniale dont je fais le plus fréquent usage dans la pneumonie aiguë, c'est le kermès, agent utile dans les circonstances où l'on a à redouter l'action puissamment hyposthénisante de l'émétique, et qui, administré depuis 0,10 jusqu'à 0,40 dans une potion de 125,00, favorise la résolution de la pneumonie sans secousses, sans perturbation violente, si l'on a surtout abattu déjà l'éréthisme inflammatoire du début par des émissions sanguines. Sans doute, ce sel ne maîtrise pas la fièvre avec la puissance d'action que possède le tartre stibié ; mais aussi il n'en a pas les dangers chez les individus délicats, prostrés, chez les vieillards épuisés, ou lorsque la couleur grisâtre des crachats, l'existence d'un râle muqueux à grosses bulles, la fréquence de la respiration, la couleur plombée de la face, etc., peuvent faire soupçonner le passage de la phlegmasie à la suppuration. Enfin, j'emploie, d'*emblée* le kermès,

dans les pneumonies chroniques, dans les formes latentes de cette affection, dans l'état muqueux, dans toutes les circonstances où la dépression des forces n'est pas assez grande pour interdire absolument l'usage des antimoniaux, mais l'est suffisamment pour faire redouter l'action trop dépressive du tartrate antimonié.

Chez les vieillards qui offrent une complication de catarrhe chronique, il m'arrive souvent d'y associer l'ipécacuanha, dont on a célébré récemment l'efficacité dans la pneumonie ; mais je l'emploie rarement seul : je l'associe au kermès et même à l'oxymel scillitique, qui favorisent l'expectoration, que l'ipécacuanha seul tend, à ce qu'il m'a paru, à supprimer, contrairement à l'opinion la plus répandue.

J'ai peu de choses à dire de l'*oxyde blanc d'antimoine,* que j'ai rarement expérimenté ; et cela pour plusieurs raisons : d'abord, parce que je ne lui ai pas trouvé l'efficacité des préparations précédentes ; ensuite, parce que je l'ai vu souvent peser d'une manière fatigante sur l'estomac des malades ; enfin, parce qu'il était abandonné par ceux-là même qui l'avaient le plus chaudement préconisé, ce qui n'est pas fait pour inspirer beaucoup de confiance. Cependant, les auteurs du *Compendium* ont été trop loin, en disant de cette préparation, « qu'elle est aujourd'hui rentrée presqu'entièrement dans l'oubli, d'où elle n'aurait pas dû sortir. » (T. VII, p. 86.) Tessier, de Lyon, nous a appris qu'il continuait à l'employer avec succès, lui et plusieurs de ses confrères. Moi-même je l'emploie assez volontiers, après quelque temps, sous la forme pilulaire, quand les autres préparations antimoniales sont mal supportées. Je l'ai même vue produire, à la dose de 2 grammes, une dépression assez notable de la vitalité, et par suite une guérison rapide sur un pneumonique âgé de quarante-un ans.

En résumé, si l'on cherche à caractériser en quelques mots les phénomènes de la médication antimoniale, on verra : qu'elle modifie l'innervation pulmonaire, et par suite la crâse du sang, à la manière des agents hyposthénisants, c'est-à-dire en tuant le *stimulus*, qui attire les fluides de l'organisme vers l'organe phlogosé ; tel est le phénomène primitif qui se passe dans les profondeurs de l'organisme, qu'elle offre secondairement des voies multiples et rapides de déplétion aux tissus engorgés, en ouvrant, pour ainsi dire, toutes les écluses de l'organisme par suite de l'abaissement général de la contractilité.

Voici, maintenant, les propositions générales que je crois pouvoir établir en ce qui touche l'emploi de la médication antimoniale :

1° Les antimoniaux, et en première ligne l'émétique, sont les plus puissants auxiliaires de la saignée dans les pneumonies ; ils permettent d'y revenir moins souvent, et par là ils abrégent la durée de la maladie et celle de la convalescence.

2° Leur administration exclusive, offre moins de sécurité que leur emploi combiné avec les émissions sanguines.

3° On peut toutefois compter sur leur action dans certains cas même où l'on ne peut plus rien attendre des émissions sanguines, et lorsque celles-ci ont été impuissantes à enrayer la pyrexie, ou qu'elles sont contre-indiquées par quelque motif propre au malade, la constitution régnante, etc.

4° Leur efficacité est d'autant plus grande que l'inflammation est plus franche ; leurs effets d'autant plus sensibles que la fièvre est plus intense. Si les phénomènes vitaux sont au-dessous du type normal, la médication antimoniale, qui ne manquerait pas d'augmenter la prostration, est généralement contre-indiquée.

5° Le choix de la préparation est loin d'être indifférent au succès de la médication ; le tartre stibié est, de toutes, la plus efficace, celle qui jouit au plus haut degré de la propriété d'enrayer la pyrexie péripneumonique. Quoique douée d'une action très-énergique, elle peut, par l'atténuation et le fractionnement des doses, répondre à presque toutes les indications.

6° Cependant, chez les individus qui ont une grande disposition à vomir, lorsque la constitution médicale prédispose aux affections du tube digestif, et notamment aux colites, l'oxyde blanc d'antimoine peut se trouver mieux indiqué.

7° Quant au kermès, il est spécialement approprié à une période plus avancée de la maladie, à l'état chronique, à la pneumonie des vieillards et des individus débilités.

III. — *Médication révulsive.* Les vésicatoires ont-ils une utilité réelle dans la pneumonie aiguë ? Dans quelles circonstances, à quelle époque sont-ils indiqués ? Où convient-il de les placer ? Faut-il préférer les vésicatoires à demeure aux vésicatoires volants ?

Pour moi, comme pour la plupart des praticiens, les vésicatoires peuvent être d'une utilité incontestable dans le traitement de la pneumonie ; néanmoins, leur importance le cède de beaucoup aux moyens que nous venons d'étudier, et les occasions de les appliquer sont beaucoup moins fréquentes, sauf dans l'état chronique.

L'emploi des vésicatoires est beaucoup moins une question de temps que d'opportunité ; en d'autres termes, il s'agit bien moins de savoir à quelle période de l'affection le malade est parvenu, que

de connaître les conditions spéciales dans lesquelles il se trouve. Ainsi, il peut être nécessaire d'appliquer un vésicatoire *dans les premiers jours* d'une pneumonie-typhoïde, et parfois il est bon de s'en abstenir, même dans une pneumonie chronique ou qui a parcouru toutes ses périodes.

La règle de s'abstenir des vésicatoires au début de la pneumonie, et en général de toutes les phlegmasies, tant que la fièvre est forte, le pouls dur, la peau chaude, est fondée sur la crainte où l'on est de voir ces phénomènes s'exaspérer sous l'action stimulante du révulsif; crainte qui n'est certes pas sans fondement, mais à l'occasion de laquelle il faut toutefois faire une distinction qui permet d'expliquer comment l'action des vésicatoires, hyposthénisante suivant les uns, serait hyposthénisante suivant d'autres, notamment pour les contro-stimulistes.

Si l'on explore le pouls quelques heures après l'application du révulsif, et lorsqu'il commence à mordre la peau, on trouve, chez la plupart des sujets, une accélération plus ou moins grande des battements artériels, sauf les cas de prostration profonde avec absence de réaction ; mais si l'on réitère l'examen le lendemain, on constate, au contraire, à moins d'une exacerbation dans la maladie, un léger ralentissement de la circulation artérielle. Cette observation, déjà faite par Baglivi, a été confirmée par les médecins italiens de nos jours. Est-ce là le résultat de l'absorption de la cantharidine et de son passage dans la circulation ? Comment cette inflammation nouvelle du tissu cutané, qui devrait, selon les données de l'hématologie moderne, augmenter la proportion de fibrine, diminue-t-elle le mouvement fébrile qui accompagne cet état du sang ? Je l'ignore, et je n'ai point à m'en occuper ici. La seule conclusion que je veuille tirer de ce qui précède, c'est que le vésicatoire n'est pas aussi redoutable que bien des praticiens le supposent, même dans la période aiguë des maladies. Toutefois, on ne peut méconnaître que, chez des sujets irritables, en proie à une fièvre ardente, l'action stimulante de ce révulsif ne puisse se prolonger au delà du temps nécessaire à la vésication, et éveiller sympathiquement un surcroît d'excitation dans l'organe phlogosé, surtout si on l'applique *loco dolenti*. Aussi, est-ce précisément dans les circonstances inverses, c'est-à-dire lorsqu'il y a de la stupeur par suite d'un état typhoïde, que les vésicatoires peuvent être employés avec avantage dès le début. Ainsi, j'ai retiré, dans une fièvre typhoïde pneumonique qui a sévi, il y a quelques années, sur notre garnison, des avantages inespérés de l'application de larges vésicatoires dès le début, sur le thorax même. Quand il y avait en même temps du délire

et d'autres symptômes cérébraux, je faisais appliquer le révulsif entre les épaules.

En somme, l'emploi des vésicatoires est subordonné, dans la pneumonie comme dans les autres phlegmasies, aux règles générales qui président à la révulsion et à la dérivation en thérapeutique, et dont les bases ont été posées avec tant de profondeur par Barthez. Ils me paraissent donc indiqués dans les circonstances suivantes :

1° Chez les sujets lymphatiques ou trop faibles pour supporter soit des émissions sanguines abondantes et réitérées, soit l'emploi prolongé des hyposthénisants antimoniaux. Je les mets alors aux jambes, pour me rapprocher ensuite du mal, s'il y a lieu.

2° Lorsque la révulsion ne s'opère qu'incomplétement sous l'influence des moyens précédents, ou lorsque le point pleurétique résiste aux émissions sanguines locales, c'est vis-à-vis le siége du mal qu'il convient alors de les placer.

3° Aux jambes, quand le cerveau se prend sympathiquement (je ne parle pas de cas de méningite), et que la médication antispasmodique paraît indiquée, celle-ci atténuant ce que l'application du révulsif pourrait avoir de trop irritant.

4° Dans la pneumonie typhoïde, dès le premier septenaire, s'il n'y a pas trop de réaction, et sur le thorax même ; entre les épaules, s'il y a en même temps du délire ou d'autres symptômes cérébraux graves.

5° Quant à la durée de leur application, elle est relative à l'effet qu'on veut en obtenir ; courte et réitérée, s'il s'agit de détourner le stimulus qui concentre l'innervation de l'organe malade,— de combattre une douleur pleurétique intercurrente ; — d'exciter un malade plongé dans l'adynamie, ou chez lequel la faiblesse des absorbants retarde la résolution du mal ; — permanente et longue quand l'hépatisation ne se résout pas, ou se résout mal, et tend à la suppuration, ou lorsqu'enfin l'affection de la plèvre a amené un épanchement.

En ce qui concerne la révulsion sur le canal intestinal par les purgatifs, elle ne doit pas entrer, à mon avis, dans le traitement de la pneumonie. Employer un minoratif, l'huile de ricin, par exemple, lorsque l'indication existe, soit ; mais diriger la médication purgative contre l'état pneumonique lui-même, c'est affaiblir le malade sans amener d'amendement dans la phlegmasie pulmonaire ; c'est, de plus, diminuer l'expectoration nécessaire au dégorgement des poumons, comme je l'ai observé plusieurs fois.

IV. — *Médication antispasmodique, tonique.* J'ai peu de choses

à dire de l'emploi des hypnotiques et des antispasmodiques dans la pneumonie, n'en ayant jamais fait qu'un usage très-sobre. L'extrait de jusquiame, les préparations opiacées quand l'éréthisme nerveux existait à un haut degré, le musc contre l'ataxie, telles sont à peu près les seules substances auxquelles j'ai eu recours.

Voici un cas où l'emploi du musc m'a paru d'une efficacité incontestable ; je le cite d'autant plus volontiers, que ces cas sont assez mal déterminés, et plus rares peut-être qu'on l'a dit.

Obs. IV. — Mlle D., âgée de soixante-sept ans, tempérament lymphatico-nerveux, assez frêle, et sujette à des diarrhées fréquentes, contracta, dans le mois d'août 1848, une bronchite intense, qui, par suite d'imprudences, passa bientôt à l'état de pneumonie. Appelé le lendemain seulement du jour de l'invasion, au retour d'un voyage que je venais de faire, je pus constater tous les signes d'une pleuro-pneumonie de la base du poumon droit. On entendait du râle crépitant en quelques points, la respiration bronchique en quelques autres ; il y avait un point pleurétique douloureux, un peu de matité ; la fièvre était forte, les crachats rares, rouillés ; le pouls dur, plein, fréquent ; la peau chaude, le visage animé. Une première saignée de 300 grammes se recouvrit d'une couenne de bonne nature et amena de l'amendement. Elle fut suivie, le lendemain, d'une seconde qui n'était plus couenneuse, et dont l'effet ne fut pas aussi avantageux. Le tartre stibié, à la dose de 0,10 seulement, vu les antécédents de la malade, fut administré et bien supporté sans vomissements ni selles ; mais les symptômes ataxo-adynamiques, qui ne tardèrent pas à se développer, m'y firent renoncer. Je crus cependant nécessaire de lui substituer le kermès, vu la difficulté de l'expectoration. Des vésicatoires appliqués successivement aux deux jambes, puis sur le côté, toujours douloureux, n'enrayèrent qu'incomplétement les accidents généraux, quoique l'état local ne fût pas empiré. L'agitation était extrême, le *sub-delirium* constant. La malade se découvrait et voulait constamment sortir de son lit, apostrophant les personnes qui lui donnaient des soins, de la manière la moins conforme à ses habitudes de politesse et d'extrême douceur. Cet état persistait depuis quarante-huit heures lorsque je me décidai à administrer une potion diacodée de 125,00 contenant 0,10 grammes de musc. L'effet en fut aussi prompt qu'avantageux. L'agitation se calma peu à peu, et la nuit fut bonne. Le lendemain matin les idées étaient beaucoup plus nettes; plus de mouvements désordonnés. Je fis continuer la potion, sous l'influence de laquelle les accidents ner-

veux disparurent complétement pour faire place à la période de résolution, qui s'acheva sans obstacle.

La médication tonique ne trouve pas seulement sa place à la fin ou à une période avancée de la pneumonie ; elle peut être employée d'*emblée* après quelques jours de maladie chez des individus qui, ayant négligé toute espèce de soins, ont vu leur maladie empirer rapidement, ou sur des constitutions détériorées. J'ai plusieurs fois employé le vin et le quinquina avant tout autre moyen, sur des individus apportés à l'hôpital dans un état très alarmant, et je n'ai jamais eu lieu de m'en repentir. Parmi plusieurs cas de ce genre observés par moi dans ces dernières années, je citerai, comme un des plus remarquables, le suivant :

Obs. V. — Pierrat, âgé de quarante ans, vigneron, entre à l'hôpital, le 23 mai 1850, dans un état tel qu'il semblait n'avoir plus que quelques heures à vivre. Pouls radial à peine sensible, suffocation, froid des extrémités, cyanose, point pleurétique du côté droit, expectoration difficile de crachats grisâtres mêlés d'un sang dissous; matité du côté droit, râles nombreux et variés dans les deux poumons ; anxiété profonde. Allant au plus pressé, et ne songeant qu'à ranimer la vie prête à s'éteindre, sans me préoccuper de l'affection locale, je prescrivis la demi-ration de vin, la portion cordiale des agonisants, des sinapismes et la tisane de polygala. Le lendemain, P. était un peu mieux ; mais la réaction n'était pas encore assez bien établie pour que je m'occupasse de la maladie locale. J'insistai sur les toniques exclusivement (vin, bouillon, potion avec extrait de quinquina, vin scillitique et sirop de tolu). Le surlendemain, la réaction était bien établie, la chaleur était revenue, la teinte bleue de la peau avait disparu, la respiration était plus libre, l'expectoration plus facile. Aux moyens précédents, que je crus devoir continuer, j'ajoutai un grand vésicatoire sur le côté droit, l'oxymel scillitique dans la tisane de polygala, et un peu plus tard le kermès dans la potion. Sous l'influence de ce traitement continué jusqu'à la fin, P. se rétablit peu à peu, et sortit de l'hôpital entièrement guéri le 20 juin.

Si je n'ai rien dit de l'emploi des *bains froids* dans la pneumonie, préconisés dans ces derniers temps par un médecin italien, et par quelques partisans enthousiastes de l'hydrothérapie, c'est qu'en vérité ce sont de ces témérités qui se condamnent d'elles-mêmes, et qui ne sont jamais exposées à devenir contagieuses. Néanmoins, comme il y a toujours un enseignement à tirer des écarts même de la raison, je puiserai dans les résultats d'un traitement qui, après tout, pour avoir été célébré par un

certain nombre de praticiens, n'a pas dû être aussi fatal qu'il peut le paraître *à priori*, une preuve de plus à l'appui de l'opinion que je professe depuis longtemps sur l'inconvénient qu'il y a d'accumuler le calorique, à l'exemple de beaucoup de médecins, autour des malades atteints de pneumonie. Boissons et cataplasmes aussi chauds que le patient peut les endurer ; enveloppement dans la laine, dans le coton, sous d'épais duvets ; température étouffante des appartements, rien n'est omis pour élever d'un degré de plus la température du sang, dont la chaleur naturelle déjà accrue est si insupportable aux malades, qu'on a souvent beaucoup de peine à les empêcher de se découvrir et de chercher un peu de fraîcheur dans les parties du lit moins échauffées.

Or, que résulte-t-il de l'accumulation artificielle du calorique en semblable circonstance? que la fièvre augmente, et avec elle tous les accidents. Si l'on a affaire à un sujet sanguin, la violence de la réaction est extrême ; si, à un individu nerveux ou débilité, on voit apparaître des phénomènes ataxiques ou typhoïques.

Dans le siècle dernier, on avait cru aussi qu'il était indispensable d'entretenir une température très élevée autour des malades atteints de pyrexies exanthématiques. Qu'en résultait-il? des éruptions confluentes et un accroissement dans tous les phénomènes de la maladie. Eh bien! la réforme qui s'est heureusement accomplie dans le traitement de cet ordre de maladies, se fera, ou achèvera de se faire un jour, je le crois, pour la pneumonie.

Sans doute, le praticien judicieux cherchera toujours à favoriser ces douces transpirations, d'un effet si salutaire dans les phlegmasies thoraciques ; mais il se convaincra qu'on arrive bien mieux à ce résultat dans les circonstances ordinaires, et lorsque rien n'est venu entraver le cours naturel de la maladie, avec des conditions moyennes de température ; en appliquant les cataplasmes à la température du corps ; en administrant les boissons à celle de la chambre (14° à 15° R.), que dans des conditions opposées, c'est-à-dire à des températures trop élevées ou trop basses. La diaphorèse est moins une cause qu'un effet. Elle suit la détente générale plutôt qu'elle ne l'occasionne : la provoquer directement par des moyens stimulants, comme le calorique, sans avoir préalablement combattu la fièvre, c'est vouloir renverser l'ordre naturel des phénomènes. On pourra peut-être, en s'y prenant ainsi, faire transpirer forcément le malade ; mais on n'obtiendra pas une sueur *critique* : on n'aura que l'une de ces

transpirations de mauvais aloi qui ne soulagent pas, et dont Hippocrate disait déjà, il y a deux mille ans : *Febricitanti sudor superveniens, febre non deficiente, malum.*

Une conséquence générale ressort des considérations que je viens de présenter : c'est que, contrairement aux assertions des médecins *exclusivistes*, on n'a pas trop de toutes les ressources réunies de la thérapeutique, pour satisfaire aux indications nombreuses qui peuvent se présenter dans le traitement de la pneumonie.

---

6. *Considérations chimiques, physiologiques et thérapeutiques sur les sels d'argent* ; mémoire présenté à l'Académie des sciences, les 18 novembre et 2 décembre 1850, par le docteur J. Delioux, médecin en chef de la marine, professeur aux écoles de médecine navales.

Suite : *voir* t. IX, septembre, 1851, p. 40 ; t. X, octobre, p. 46 ; t. XI, novembre, p. 32.

(Gazette médicale de Paris, N° 39 ; 1851.)

2° *De quelques composés argentiques solubles.*

La crainte d'irriter d'une manière fâcheuse la muqueuse gastrique a fait restreindre excessivement l'emploi interne de l'azotate d'argent ; mais il restait peu de choix à faire dans le petit nombre des composés solubles de la même base.

De tous les médicaments argentiques que M. Serre (de Montpellier) avait essayés dans le traitement de la syphilis, celui qu'il préférait était une dissolution de chlorure d'argent dans l'ammoniaque, qu'il administrait par gouttes dans une potion (1). Ce mode d'administration me paraît rationnel, si l'on tient à faire pénétrer une préparation soluble dans les secondes voies ; car rien ne fait prévoir qu'elle serait décomposée et précipitée par les humeurs digestives. Sans prendre parti pour ou contre les idées de ce savant regrettable relativement à la curabilité des affections vénériennes par l'argent, je crois que sa solution am-

(1) *Mémoire sur l'emploi des préparations d'argent dans le traitement des maladies vénériennes* ; par M. Serre (de Montpellier). 1856.

En 1842, M. Salvolini, médecin italien, a publié un mémoire sur le même sujet. Comme M. Serre, il préfère le chlorure et le chlorure ammoniacal d'argent à l'oxide, au cyanure, à l'iodure et au métal divisé ; il emploie seulement des doses un peu plus fortes. Toutefois les doses de ces deux expérimentateurs, qui n'allaient qu'à des fractions de grain, pourraient bien être dépassées sans danger.

moniacale mérite d'être conservée dans la pharmacologie, pour être utilisée dans plusieurs des cas où l'on jugera à propos de recourir à la médication argentique.

Il serait peut-être intéressant d'essayer, à l'extérieur du moins, le chlorate et le chlorite d'argent, qui sont solubles dans l'eau ; mais toute expérience me manquant encore à cet égard, je me borne à les mentionner.

A. De l'hyposulfite de soude et d'argent.

Il est un autre sel soluble sur lequel je suis à même de présenter quelques considérations plus précises, après en avoir fait l'objet d'une étude expérimentale assez suivie depuis deux années : ce sel, qui n'avait pas encore été, que je sache, introduit dans la thérapeutique, c'est l'hyposulfite de soude et d'argent.

On sait que les hyposulfites alcalins s'unissent avec l'oxyde d'argent pour former des hyposulfites doubles qui sont très solubles dans l'eau, et qu'ils partagent avec l'ammoniaque le privilége de dissoudre le chlorure d'argent.

Le sel qui a servi à mes expériences a été préparé en versant une dissolution d'hyposulfite de soude sur de l'oxyde d'argent récemment précipité par la potasse jusqu'à ce que l'oxyde se soit complétement dissous. La liqueur évaporée abandonne de très petits cristaux d'hyposulfite de soude et d'argent, qui sont desséchés à une douce chaleur et à l'abri de la lumière.

On pourrait aussi, comme je l'ai fait d'abord, précipiter par l'alcool une dissolution d'oxyde ou de chlorure d'argent dans l'hyposulfite de soude ; mais je préfère le procédé que j'ai indiqué plus haut.

Ce sel se présente sous forme d'une poudre cristalline blanc-grisâtre, d'une saveur douceâtre avec arrière-goût légèrement styptique, très soluble dans l'eau, insoluble dans l'alcool. Il noircit à la longue à la lumière, mais se conserve indéfiniment dans des flaçons colorés ou entourés de papier noir et bien bouchés. Sa solution aqueuse se colore en noir en se décomposant sous l'influence de la lumière diffuse, mais beaucoup plus lentement que celle d'azotate d'argent. En la préservant de la lumière, elle conserve indéfiniment sa transparence. Quand on l'emploie dans sa pureté, elle ne colore ni l'épiderme ni le linge, avantage qui n'est pas à méconnaître dans le choix à faire entre ce sel et l'azotate d'argent.

L'hyposulfite de soude et d'argent ne coagule que très légèrement l'albumine ; aussi, comparativement à l'azotate, ses pro-

priétés astringentes sont-elles très faibles. Son action locale est également beaucoup moins irritante.

Pour éprouver cette action sur des plaies tantôt récentes, tantôt anciennes, je touchais deux points de la surface suppurante, préliminairement détergée avec deux pinceaux de charpie trempés, l'un dans une solution d'un gramme d'hyposulfite de soude et d'argent pour 30 grammes d'eau distillée, l'autre dans une solution d'un gramme d'azotate d'argent pour 30 grammes d'eau distillée. Tandis que l'application de la seconde solution déterminait presque instantanément, avec production simultanée d'une douleur plus ou moins vive, un coagulum blanc, tenace, véritable escharre due à la plastification des éléments albuminoïdes du pus et de la membrane pyogénique, l'application de la première solution ne donnait lieu qu'à la formation d'un léger nuage blanchâtre, beaucoup moins plastique, avec sensation douloureuse peu prononcée ou même nulle, selon la sensibilité des sujets. Si j'étudiais davantage les solutions, celle d'hyposulfite de soude et d'argent finissait par ne déterminer à la surface des plaies aucune modification visible à l'œil, quand celle d'azotate décelait encore l'énergie supérieure de ses propriétés astringentes par un coagulum albumineux très sensible. Enfin, à quelque degré de concentration qu'on amenât la solution du premier sel, elle ne produisait jamais une douleur aussi vive ni un coagulum aussi plastique que celle du second sel, dissous cependant dans une plus forte proportion d'eau.

Il résulte de ces expériences, conformes à des essais thérapeutiques plus nombreux : 1° que, dans l'emploi externe, l'hyposulfite de soude et d'argent peut être porté à des doses supérieures à celles de l'azotate d'argent, et qu'à ces doses, *à fortiori* à doses inférieures, il est beaucoup moins irritant et incapable de produire une véritable escharrification ; 2° que, dans l'emploi interne, en l'étendant d'une manière suffisante, il n'exposera pas à compromettre l'intégrité de la muqueuse gastrique ; de plus, comme ses dissolutions étendues ne déterminent aucun trouble, ni coagulum protéique, ni précipité de chlorure d'argent dans les liqueurs albumineuses artificielles, chlorurées ou non chlorurées, et dans les humeurs organiques, il sera absorbé promptement, facilement, et sans décomposition par les veines de l'estomac.

Ces avantages, théoriquement supposés, m'ont engagé à expérimenter à l'intérieur ce nouvel agent thérapeutique, et à l'essayer dans le traitement de l'épilepsie. Malheureusement je n'ai à présenter à cet égard qu'un fait, qui n'est point concluant

sous le rapport thérapeutique, mais qui confirme ce que j'ai avancé de l'innocuité de l'hyposulfite de soude et d'argent, et donne une idée de ses effets physiologiques.

Obs. — Le nommé R...., soldat (remplaçant) au 2e régiment d'infanterie de marine, est entré à plusieurs reprises dans mon service, à l'hôpital de Rochefort, comme atteint d'épilepsie. Ses attaques sont courtes, fréquentes, parfois très intenses ; on croit longtemps que cette affection est simulée. Les accès n'ont jamais eu lieu en ma présence ; mais les officiers de santé de garde ont fini par constater la réalité de l'épilepsie. Décidé à essayer les préparations d'argent, je donne le choix à l'hyposulfite double. Je le prescris simplement dissous dans l'eau distillée, en commençant par 5 centigrammes ; il ne survient aucune trace d'irritation gastrique ni aucun signe qui commande de suspendre l'emploi du médicament, depuis cette première dose jusqu'à celle de 60 centigrammes, à laquelle je me suis élevé graduellement. Le sel était dissous dans 120 à 150 grammes d'eau distillée, et cette solution, versée dans un flacon entouré de papier noir, était prise en trois ou quatre fois, matin, midi et soir. Sous l'influence de ce traitement, aucune modification appréciable n'est survenue dans les fonctions des grands appareils organiques, sauf celle assez remarquable qui s'est manifestée dans les fonctions digestives. Dès les premiers jours du traitement, le sujet a accusé un sentiment de vacuité et de défaillance dans la région de l'estomac, qui, vague et mal défini d'abord, s'est traduit en besoin de manger impérieux, sentiment tout à fait comparable à ces *faims nerveuses*, s'il est permis de s'exprimer ainsi, que l'on observe chez certains individus atteints de gastralgie. Du moment que l'alimentation de R.... a été augmentée proportionnellement à cet accroissement d'appétit, ce *symptôme de médicament* a diminué, mais sans disparaître jamais, pour longtemps du moins, d'une manière complète. Les médecins italiens, qui ont souvent insisté sur la concordance de sensations analogues avec les propriétés hyposthénisantes de diverses substances, relèveraient ce fait en faveur de l'action contro-stimulante des sels d'argent.

Au bout d'un mois de ce traitement, complété par l'infusion de valériane (on a parfaitement su dégager l'action de la valériane de celle du composé d'argent), ce soldat est sorti de l'hôpital pour être réformé. Après une amélioration apparente pendant une quinzaine de jours, dans la dernière semaine les accès n'avaient rien perdu de leur fréquence et de leur intensité.

Cet aveu est livré avec la simplicité et la bonne foi que tout

expérimentateur doit mettre au nombre de ses premiers devoirs; seulement on peut dire, sans chercher à corriger un insuccès, que la moralité de R.... ne nous a jamais été parfaitement prouvée, d'une part, et de l'autre que, dans le traitement de l'épilepsie, un mois ne suffit pas pour établir l'efficacité ou l'inutilité d'un remède, et pour conclure sur ses effets contingents pendant un laps de temps plus considérable.

Toujours est-il qu'aux médecins qui voudront essayer l'influence des préparations d'argent dans les névroses et les névralgies, on peut en signaler une nouvelle dont l'administration est facile et ne présente, dans certaines limites, bien entendu, aucun danger. Je crois, par exemple, que l'on peut dépasser la dose de 60 centigrammes, à laquelle je me suis arrêté, mais sans aller beaucoup au delà.

Il n'est survenu aucun changement dans la coloration cutanée du sujet de cette expérience; mais le traitement a été trop court pour qu'on puisse en rien inférer, et je dirai même ultérieurement que je crois l'hyposulfite de soude et d'argent susceptible d'altérer, après un long usage, la couleur de la peau.

L'efficacité de l'hyposulfite de soude et d'argent comme modificateur topique m'a été démontrée par un assez grand nombre d'expérimentations. Je suis loin de croire qu'il soit appelé, sous ce rapport, à effacer l'azotate d'argent; je suis arrivé seulement à reconnaître que, dans quelques circonstances, il peut lui être substitué avec avantage; ce sera surtout lorsque l'on croira devoir faire usage d'un topique moins irritant ou moins susceptible d'altérer la texture superficielle des tissus, ou lorsque l'azotate d'argent ayant échoué, on lui cherche souvent avec embarras un analogue, un succédané parmi les nombreux agents de la médication substitutive (1).

Ainsi je crois qu'il mérite d'être essayé dans le traitement des ulcères rebelles, en injection dans les foyers purulents, les trajets fistuleux, les flux chroniques de l'oreille externe et des fosses nasales, en collyres dans les affections oculaires; parmi ces dernières, mon expérience ne me permet de citer que la conjonctivite chronique et la conjonctivite aiguë, après amendement des premiers accidents inflammatoires, que j'ai vues quelquefois heureusement influencées par des dissolutions étendues de ce sel. Quelquefois encore je l'ai vu réussir en lavement contre les

(1) Médication mal définie, plus mal comprise encore dans ses effets, mais que je désigne à titre provisoire pour ne pas entrer à cet égard dans une digression étrangère à mon sujet.

flux intestinaux, mais je donne la préférence à l'azotate d'argent, surtout quand il est employé suivant la méthode indiquée dans la première partie de ce mémoire.

C'est dans le traitement de l'urétrite, soit aiguë, soit chronique, que j'ai le plus employé l'hyposulfite de soude et d'argent, et c'est là aussi que j'ai le plus éprouvé son efficacité. Je suis trop disposé à mettre au rang des prétentions exagérées la préconisation de toute injection soi-disant infaillible dans le traitement de la blennorrhagie pour en prôner une nouvelle comme spécifique. Tous les praticiens savent à quoi s'en tenir sur la possibilité d'appliquer une méthode unique d'injection à la cure de cette affection si souvent désespérante par sa ténacité; sans parler de la blennorrhagie virulente qui, tarie ou non, réclame autre chose qu'un traitement topique, quand on veut par l'injection guérir d'emblée ou achever de guérir après une médicamentation antérieure un écoulement blennorrhagique, il faut s'attendre à plus d'un mécompte si l'on n'accorde sa confiance qu'à un seul agent modificateur. L'expérience a jugé ces théories intolérantes, inflexibles, ces méthodes exclusives; elle apprend surabondamment que nulle d'entre elles n'est applicable, à titre absolu, à tous les cas, et que, dans les cas rebelles, ce n'est pour ainsi dire qu'en tâtonnant que l'on finit par trouver le remède qui enlève la dernière goutte du suintement urétral. Que l'un donne la préférence aux sels de zinc, l'autre aux sels de plomb, tel au tannin, tel à l'alun, etc., nous voulons bien y voir le penchant naturel de chacun à se créer son formulaire usuel, mais nous attaquerons la prétention de formuler l'unicité de traitement de la blennorhagie. Il ne sera pas même fait grâce à ces merveilleuses vertus de l'azotate d'argent que l'on a voulu substituer, dans l'espèce, à tout autre médicament, et sans contester son utilité, sans nous armer même contre son emploi à dose caustique, mais par courtoisie pour nos adversaires, des accidents éprouvés par plusieurs de ceux qui en ont subi l'épreuve, nous dirons, avec tous les médecins désintéressés dans les luttes de systèmes, qu'il est nécessaire de conserver dans la thérapeutique de la blennorrhagie plusieurs agents modificateurs, parce qu'il est de notoriété clinique que l'essai de plusieurs d'entre eux est souvent à faire, et que l'on ne rencontre pas toujours du premier coup celui qui ramène la muqueuse génito-urinaire à sa sécrétion normale.

Eh bien! l'hyposulfite de soude et d'argent est appelé purement et simplement à se placer parmi ces modificateurs; on ne met point ici en question sa prééminence; dans la pratique ordi-

naire, je concéderais même son infériorité relativement aux astringents purs ; mais j'engage à y recourir avec quelque confiance quand ceux-ci ou d'autres médicaments auront échoué ; il m'a rendu surtout de bons services dans le traitement des écoulements chroniques et à la fin de la période d'acuité, et je puis certifier que ces écoulements ont été enlevés parfois avec une extrême rapidité.

J'ai employé des doses très variables. Ainsi, pour tenter un parallèle avec la *méthode abortive* par l'azotate d'argent, j'ai poussé dans l'urètre des solutions de 1 et même 2 grammes du sel dans 30 grammes d'eau ; la douleur, tantôt vive, tantôt modérée, a toujours été moins forte que celle suscitée par l'azotate à dose moitié moindre ; j'ai réussi rarement à suspendre l'écoulement d'une manière complète.

J'ai eu plus à me louer de l'emploi des petites doses, et l'injection composée de 0,50 à 1 gramme de sel pour 100 d'eau distillée est l'une de celles qui m'ont le mieux réussi dans le traitement de la blennorrhagie chronique.

Quelle action exerce ce sel sur les parois de l'urètre ? A hautes doses, il m'a semblé produire des effets cathérétiques comparativement aux effets caustiques produits par l'azotate d'argent en solution concentrée. Le muco-pus expulsé après l'injection était moins épais, contenait en plus petite quantité des concrétions pelliculaires que lorsque l'on a fait usage de l'injection abortive à l'azotate d'argent ; en outre, ces concrétions étaient beaucoup moins plastiques et ne se sont pas montrées toujours. A petites doses, la douleur était légère ou nulle le plus souvent. L'action astringente des solutions étendues d'hyposulfite de soude et d'argent est si faible que l'on peut à peine la faire entrer en ligne de compte dans la caractérisation de leurs effets thérapeutiques. Ce sel, auquel on reconnaîtra sans doute, après son absorption, des propriétés sédatives, antispasmodiques, hyposthénisantes, produirait-il dans la circulation capillaire locale de l'urètre une action contro-stimulante qui détruirait les conditions de l'état inflammatoire, aigu ou chronique par lequel l'écoulement est entretenu ? Cette explication est par trop *rasorienne* et trop spéculative pour qu'on la soutienne.

On ne peut donc que se borner à dire que ce nouvel agent, en tant que modificateur topique, n'est pas encore rigoureusement appréciable dans son mode d'action. Nous n'en savons pas davantage de l'action topique de beaucoup d'autres médicaments.

B. De l'iodure de potassium et d'argent.

J'ai rappelé que M. Patterson avait proposé de substituer l'administration interne de l'iodure d'argent à celle de l'azotate pour prévenir la coloration de la peau ; ce médecin a encore avancé que l'usage interne de l'iodure de potassium pourrait être utile pour dissiper cette coloration une fois produite ; mais aucun fait n'a été cité à l'appui.

Il y a dans ces deux propositions une idée juste qui mérite d'être soumise à l'expérimentation clinique.

L'incertitude qui règne encore sur la question de l'absorption des substances insolubles, peut conduire plusieurs praticiens à rejeter l'iodure d'argent. Un doute n'existât-il pas à ce sujet dans l'esprit de quelques autres, il n'en est pas moins vrai qu'il est rationnel de rechercher de préférence les médicaments solubles, dont l'action est, sinon plus positive, du moins plus prompte et plus régulière. Partant de ce principe, ne pourrait-on pas offrir aux voies absorbantes l'iode et l'argent à l'état de composé soluble ?

On sait que l'iodure d'argent est soluble dans une solution d'iodure de potassium, et qu'un iodure double se forme dans cette ciconstance. On pourrait se demander si cet iodure double est susceptible d'être introduit dans la matière médicale : la réponse doit être négative. En effet, cet iodure, qui se présente sous forme de prismes soyeux, groupés, d'une couleur jaunâtre, est très déliquescent, peu stable, et la difficulté qu'il y aurait à le conserver éloignerait déjà de son emploi ; mais, de plus, il n'est soluble que dans une petite quantité d'eau : un excès le décompose en précipitant de l'iodure d'argent et en dissolvant de l'iodure de potassium.

J'ai voulu savoir si les liqueurs organiques auraient sur ce sel la même action que l'eau pure. Eh bien ! l'eau albumineuse, l'eau albumineuse chlorurée, le sérum décomposent également l'iodure double de potassium et d'argent, et sans qu'un excès de liqueur redissolve le précipité.

On se créerait donc sans profit un embarras en cherchant un moyen d'administrer ce sel, en recourant à la forme pilulaire, par exemple, puisque, parvenu dans l'estomac, sa décomposition s'opérerait immédiatement : autant eût valu administrer simplement l'iodure d'argent.

Je suis arrivé à la détermination d'une formule qui permet d'introduire dans l'économie l'iodure d'argent, sinon à l'état de

dissolution complète, du moins dans un état de division qui autorise à prévoir son assimilation entière.

Je fais dissoudre un blanc d'œuf dans 100 grammes d'eau distillée ; — dans cette solution filtrée j'ajoute 10 centigrammes d'azotate d'argent cristallisé et autant de chlorure de sodium, dissous l'un et l'autre dans une petite quantité d'eau ; — on additionne en dernier lieu de la même quantité, 10 centigrammes d'iodure de potassium, également dissous dans un peu d'eau : il se forme, en cet instant, un très léger trouble blanc jaunâtre, mais il ne se dépose aucun précipité. Si l'iodure d'argent n'est pas alors entièrement dissous, il n'en reste qu'une très petite quantité en suspension, et dans un état de division telle que l'on ne peut se refuser à admettre l'absorbabilité de ces particules impalpables.

Cette solution précipite en brun par le sulfhydrate d'ammoniaque ; elle n'est point précipitée par les chlorures, les carbonates, les phosphates alcalins... En un mot, dans l'essai par les réactifs de l'argent, elle offre les mêmes caractères que l'azotate double d'albumine et d'argent.

Si on l'additionne d'eau amylacée et de quelques gouttes d'hydrochlore ou d'acide azotique, elle se colore immédiatement en bleu intense.

Je pense donc qu'en mettant simultanément en présence au sein de l'eau albumineuse, de l'azotate d'argent, du chlorure de sodium et de l'iodure de potassium, il se forme une combinaison complexe dans laquelle interviennent l'albumine, l'iode et l'argent ; cette combinaison est soluble, car le précipité d'iodure d'argent (quand il se forme, et il ne se dépose alors qu'au bout de plusieurs heures) est en très minime quantité, comparativement à celle qu'on en recueillerait en faisant réagir les mêmes proportions d'azotate d'argent et d'iodure alcalin dans l'eau pure ; ce précipité, en outre, peut être redissous par un excès de ce dernier sel, sans qu'il se reforme ultérieurement en étendant la liqueur, comme cela a lieu pour l'iodure double de potassium et d'argent.

On peut diminuer ou forcer les proportions des trois sels, mais il faut employer des doses égales de chacun d'eux, ou augmenter seulement celle de l'iodure alcalin, pour ne pas troubler la transparence de la solution.

Cette solution *albumineuse iodo-argentique* peut servir de type à une formule rationnelle dont tous éléments seraient absorbables sans décomposition, et qui aurait l'avantage de transporter dans les humeurs organiques, dans le sang, deux corps, l'argent et

l'iode, dont la combinaison binaire, en raison ultime, n'aurait pour résultat que la formation d'un composé non susceptible d'altérer la couleur de la peau, ou incapable de l'altérer au même degré que les autres composés argentiques.

Deux faits autorisent à prévoir ce résultat :

1° Malgré la double action réductive des matières organiques et de la lumière sur les sels d'argent, la solution albumineuse iodo-argentique reste exposée à l'air et au jour sans changer de couleur.

2° Si l'on verse cette solution dans du sérum de sang, il ne se forme aucun précipité ; le sérum s'éclaicit, au contraire, et, exposé à la lumière, conserve indéfiniment sa couleur.

C'est dans les cliniques spéciales où sont réunis de nombreux épileptiques, que pourraient être jugées en dernier ressort ces prévisions. (*La suite à un prochain numéro.*)

---

7. *La phthisie pulmonaire traitée par la poudre d'éponge calcinée ; — caverne tuberculeuse cicatrisée* ; par M. le docteur J. Beyran, médecin de l'hôpital impérial de Fershané, à Constantinople.

(L'Union médicale, N° 118; 4 octobre 1851.)

La phthisie tuberculeuse pulmonaire, ce redoutable fléau qui n'épargne aucune classe de la société, a été, depuis Hippocrate, l'objet de nombreuses études. Tous les médecins se sont vivement préoccupés des moyens de guérir cette mystérieuse et terrible affection. Mais les modernes ont seuls fait faire, par leur savantes observations, de véritables progrès à l'histoire symptomatologique et anatomo-pathologique de la phthisie pulmonaire.

En première ligne, nous devons citer Laennec, MM. Andral, Louis, Beau, Guillot, Boudet et Roger. Grâce aux recherches de ces savants, tout ce que l'anatomie pathologique la plus délicate pouvait faire connaître, est connu, constaté, certain comme un fait. L'art de guérir seul est resté un mystère, et les opinions des médecins, d'accord sur les symptômes, la marche et le diagnostic, se divisent ici en mille systèmes différents et opposés.

Ainsi, aux yeux de Bayle, la phthisie était une maladie nécessairement incurable ; tandis que Laennec, MM. Andral, Louis, Boudet et Roger, admettent la possibilité de la guérison, tout en avouant la faiblesse et l'incertitude des moyens divers qu'ils proposent pour l'obtenir.

Dans cet état de choses, et après de telles autorités, ce n'est donc qu'avec une extrême timidité que je me hasarde à entretenir

mes confrères d'une opinion personnelle qui n'est fondée encore que sur un petit nombre de faits, et sur laquelle je voudrais cependant appeler leurs savantes recherches.

L'objet sur lequel je voudrais aujourd'hui provoquer les méditations de mes honorables confrères, est un agent qui paraît propre à favoriser la cicatrisation des cavernes chez les phthisiques. La possibilité de cette cicatrisation est aujourd'hui un fait incontestable, après les travaux de Laennec, MM. Andral, Louis, Beau, Guillot, Boudet et Roger; de ce dernier surtout qui a décrit quatre modes de cicatrisation, et qui a prouvé que les diverses concrétions crétacées, calcaires, qu'on remarque dans les poumons à l'autopsie, sont dues à une transformation de la matière tuberculeuse elle-même.

On est donc autorisé aujourd'hui à regarder ces diverses concrétions comme l'indice évident des efforts que la nature fait pour opérer la gérison de la phthisie.

Sous quelle influence et par quels agents ces modifications heureuses ont-elles lieu? Ici est resté un mystère et, partant, un champ libre ouvert aux conjectures, aux études de tous.

Dans ce doute général, je voudrais recommander à l'examen de mes confrères un médicament anciennement connu et efficacement employé dans le traitement des affections scrofuleuses : je veux parler de la poudre d'éponge calcinée.

Voici les faits qui m'ont amené à en essayer et à en recommander l'emploi dans la phthisie pulmonaire, c'est d'abord une observation anatomo-pathologique que j'ai faite récemment à l'hôpital de Yédi-Coulé de Constantinople, et dont voici les détails :

Le 28 avril 1851, à ma visite du matin dans cet hôpital, j'ai trouvé couché au lit n° 13, de la salle n° 2, le nommé Markar, âgé de 59 ans, intelligent, d'un tempérament mixte, interprète de profession.

Je l'examine : il était très maigre; il avait les doigts et les ongles hippocratiques; la cage thoracique paraissait rétrécie; les clavicules saillantes; la région sous-claviculaire droite fortement déprimée.

A la percussion, j'ai remarqué : sonorité au sommet du poumon droit; obscurité de son à gauche.

A l'auscultation : absence du murmure vésiculaire; perception des râles caverneux au timbre métallique, circonscrits au sommet droit; le bruit d'expansion pulmonaire y était remplacé par un soufflement bruyant; bronchophonie; fièvre; chaleur à

la peau; anorexie; diarrhées colliquatives accompagnées d'épreintes; sueurs abondantes.

Avant de faire des prescriptions d'usage en pareil cas, j'ai voulu me renseigner sur l'origine et sur l'histoire de la phthisie pulmonaire dont le malade était atteint.

Voici ce que j'ai pu apprendre par lui et par un de ses amis présent à la consultation :

A l'âge de 13 ans, Markar perdit son père, et sa mère huit années après; il croyait que son père était mort d'une maladie de poitrine. Dès l'âge de 18 à 20 ans, Markar a commencé à tousser, et a eu, à cette époque, une hémoptysie, Depuis, toux continue, expectoration, dyspnée, douleurs entre les deux épaules. Nouvelle hémoptysie de 32 à 53 ans. Toux, crachats, sueurs nocturnes, amaigrissement. A 34 ans, il entra dans un bâtiment anglais qui faisait le commerce de la Méditerranée, et y resta comme interprète pendant onze ans. Au bout de ce temps, il quitta son service et se maria. Deux années après, c'est-à-dire à 47 ans, les symptômes de sa maladie ayant reparu, il quitta Constantinople pour aller, d'après l'avis d'un médecin allemand, habiter Fouzla (salines de la Méditerranée, à dix-huit heures au nord-est de Constantinople), et s'y fixa. A Fouzla, un empirique lui conseilla de boire tous les jours trois tasses d'une préparation de 5 drachmes (20 grammes) de *sunguer tosi* (poudre d'éponge calcinée), bouillie dans deux litres d'eau de goudron. Markar, s'étant soumis pendant deux ans à ce traitement, s'en trouva bien; il commença à engraisser, et se crut définitivement guéri. Il vécut ainsi pendant près de douze ans, jusqu'en 1851, où les anciens symptômes s'étant renouvelés, il entra à l'hôpital, où il mourut après trois jours.

Autopsie cadavérique trois jours après la mort.

La cage thoracique ouverte : à la partie antéro-postérieure du poumon droit, il existait une caverne cicatrisée, large, presque ovalaire, elle pouvait contenir un œuf de poule. Les autres parties de ce poumon étaient légèrement indurées et infiltrées d'une matière noirâtre. La surface de cette caverne, tapissée par une membrane mince, transparente, présentait çà et là des arborisations et des petites ecchymoses. Un grand nombre de tuyaux bronchiques s'ouvraient dans cette cavité, où je n'ai trouvé ni tubercules, ni autres matières analogues.

Le lobe inférieur du poumon gauche crépitant, infiltré d'une matière séro-sanguinolente présentait çà et là de légères granulations grises.

A la partie supérieure du poumon correspondant, une masse

tuberculeuse, grisâtre, dure et de la grosseur d'une petite noisette. Le tissu pulmonaire voisin de cette cavité était infiltré d'une matière noirâtre. Quant aux lobes inférieurs, à l'état œdémateux, ils présentaient des petites granulations grises disséminées. Les deux poumons adhéraient très intimement entre eux.

Voies aériennes. — La muqueuse trachéale était d'un rouge vif et ulcérée à sa partie postérieure, de même que les cordes vocales, la base des aryténoïdes, la partie supérieure du larynx et l'intérieur des ventricules. L'épiglotte ne présentait rien de remarquable. Les bronches offraient à l'œil des ulcérations qui devenaient de plus en plus marquées près leur terminaison.

Appareil circulatoire. — Le cœur proportionnellement plus petit que dans l'état normal.

Organes digestifs. — La bouche, le pharynx, l'œsophage ne présentaient rien de remarquable, si ce n'est une légère inflammation de la membrane muqueuse. La muqueuse stomacale, légèrement ramollie et amincie, ne contenait pas de tubercules. Sous la muqueuse intestinale, j'ai pu observer des granulations blanchâtres et dures qui devenaient plus nombreuses et plus volumineuses au fur et à mesure qu'on s'approchait du cœcum.

Appareil biliaire. — Le foie, plus volumineux que dans l'état normal, était gras, fauve, piqueté de rouge.

J'ai examiné aussi la rate, les reins et les testicules sans y rien trouver, la rate seulement m'a paru engorgée.

De ces faits il me paraît résulter : 1° que la maladie de Markar peut être considérée comme héréditaire; 2° qu'on peut obtenir, dans la phthisie pulmonaire, de bons effets des voyages en mer ; mais je crois que ce n'est qu'à condition de les répéter ou de les prolonger. J'ai vu nombre de phthisiques qui s'en étaient bien trouvés. Je dois cependant dire en passant que je crois peu au privilége que quelques médecins ont voulu donner aux habitants des bords de la mer; dans tous les pays maritimes où j'ai voyagé, j'ai appris par les médecins de chaqne localité littorale où j'ai pris terre que la phthisie y était aussi commune qu'ailleurs. Markar lui-même en serait un exemple; il est né dans une des îles des Princes, dans la mer de Marmara, et il y a passé une grande partie de sa jeunesse sans cependant échapper aux atteintes de la phthisie pulmonaire.

Je suis donc porté à croire, ainsi que le croyait le sujet de cette observation, que la médication à laquelle il s'est soumis à Fouzla, combinée avec une meilleure hygiène, a prolongé sa vie et a

contribué à produire la cicatrisation que j'ai constatée après sa mort.

Je le crois d'autant plus que certains médecins ont préconisé l'emploi de l'iode dans de semblables affections, et que dans la poudre d'éponge, remède populaire et considéré comme infaillible à Fouzla, on retrouve ce principe combiné à d'autres éléments dans un composé naturel qui, outre ses propriétés particulières, peut être longtemps employé sans nul inconvénient pour l'économie.

Ayant médité sur ces faits, j'ai voulu tenter quelques applications sur les phthisiques de mon service à l'hôpital impérial de Tershané. Ces essais, autant qu'il m'a été donné de les suivre, m'ont paru heureux. Après quelques semaines, j'ai remarqué chez les phthisiques soumis à ce traitement que les expectorations présentaient une diminution graduelle dans la sécrétion et une modification de bon augure dans leur qualité. La toux devenait plus rare, les organes digestifs gagnaient plus d'activité, les phthisiques mangeaient avec plus d'appétit, les fonctions se faisaient beaucoup mieux, les forces et l'embonpoint suivaient ordinairement.

Je ne m'exagère pas l'importance de ces faits observés, ils me paraissent simplement justifier une hypothèse; et mes honorables confrères, à la méditation desquels je les livre, voudront bien se rappeler que je leur ai, dès le premier mot de ce travail, présenté mon opinion comme un doute à éclairer bien plutôt que comme un fait à adopter.

---

8. *Formules de médicaments balsamo-alcalins*; par M. le docteur J. Delioux, médecin en chef de la marine, professeur aux Écoles de médecine navales.

(L'Union médicale, N° 101; 26 août 1851.)

Je crois devoir exposer, à la suite de ce travail (1), les formules et le mode de préparation des médicaments balsamo-alcalins.

Comme je l'ai dit précédemment, c'est sous forme de tablettes que j'ai employé ces médicaments dans mon service d'hôpital.

(1) *Examen critique de la médication émolliente et des remèdes béchiques et pectoraux.* (Voir l'*Encyclographie des sciences médicales*, t. IX, septembre 1851; t. X, octobre, p. 72.)

Voici le procédé qui a été mis en usage au laboratoire de chimie et de pharmacie de l'hôpital maritime de Rochefort :

Tablettes balsamo-sodiques.

Pr. Baume de Tolu.	150	grammes.
Bicarbonate de soude. . . .	75	—
Sucre blanc.	2,000	—
Gomme adragant.	20	—
Alcool à 86°	150	—
Eau distillée.	300	—

Tablettes balsamo-ammoniques.

Mêmes éléments dans les mêmes proportions, en remplaçant seulement le bicarbonate de soude par le bicarbonate d'ammoniaque.

On fait dissoudre à chaud le baume de Tolu dans l'alcool ; on passe dans un linge ; on remet le soluté sur le feu ; on ajoute 300 grammes d'eau distillée, et l'on chauffe au bain-marie pour chasser l'alcool ; on ajoute ensuite, et en agitant, la gomme adragant finement pulvérisée, de manière à faire un mucilage épais.

D'un autre côté, on a pulvérisé et passé dans un tamis fin le sucre et le bicarbonate de soude ou le bicarbonaté d'ammoniaque ; on forme alors la pâte dans un mortier en ajoutant le mucilage ; on divise en tablettes d'un gramme.

Ces tablettes doivent être séchées à une température peu élevée pour ne pas décomposer le bicarbonate alcalin, autrement que par la réaction des principes du baume de Tolu sur ce sel ; pour que, en un mot, il ne se forme pas dans la masse du carbonate de soude ou du carbonate d'ammoniaque, ce qui donnerait une saveur alcaline désagréable.

En suivant ce procédé, on obtient, il est vrai, des cinnamates, benzoates et résinates alcalins ; mais une certaine quantité de bicarbonate de soude ou d'ammoniaque n'est point décomposée. Sans aucun doute, on arriverait à une combinaison plus intime et plus complète des principes du baume avec les bases alcalines, en employant au lieu des bicarbonates, soit les alcalis caustiques, soude, potasse ou ammoniaque, soit les carbonates neutres des deux premières bases, ou le sesqui-carbonate de la troisième ; les travaux récemment entrepris sur les baumes, démontrent la possibilité d'obtenir ces combinaisons d'une manière complète et durable. Mais si l'on employait les alcalis caustiques, tout en

apportant un soin extrême dans la préparation des médicaments balsamo-alcalins, il serait à craindre qu'ils conservassent quelques-unes des propriétés irritantes topiques des bases alcalines pures, tant parce que la réaction n'aurait pas été complète, que parce qu'il y aurait eu décomposition ultérieure.

On pourrait faire des objections analogues à l'emploi des carbonates alcalins ; toutefois leur persistance à l'état libre aurait infiniment moins d'inconvénients que celle des alcalis caustiques. On pourrait donc tenter d'exécuter, avec l'intervention des carbonates, des formules rationnelles chimiquement parlant, et qui méritent par conséquent un moment d'examen.

Parmi les principes du baume de Tolu, il en est dont la réaction sur les bases est prompte et facile ; ce sont les acides cinnamique et benzoïque ; ces acides se combineront avec les bases alcalines dans tous les procédés, qu'on leur présente ces bases isolées ou combinées avec un acide aussi facile à déplacer que l'acide carbonique. Les principes les plus difficiles à amener à l'état d'une combinaison soluble, ce sont les résines. Or, les résines du baume de Tolu sont assez électro-négatives, non seulement pour s'unir aux alcalis caustiques, mais assez encore pour décomposer le carbonate de soude à *la température de l'ébullition.*

On peut donc obtenir une dissolution de baume de Tolu dans une solution aqueuse de carbonate de soude portée à l'ébullition. A cette dissolution, concentrée par évaporation, on ajouterait le sucre et la gomme adragant, et l'on aurait probablement alors une masse entièrement homogène, soluble et absorbable dans les organes digestifs.

On ne pourrait point agir ainsi avec le carbonate d'ammoniaque, parce que l'élévation de température le décomposerait, et parce qu'en admettant qu'une partie de sa base se fixât sur les résines, on n'aurait affaire qu'à une combinaison instable, car si des résines médiocrement électro-négatives, comme celles dont il est ici question, sont solubles dans l'ammoniaque à froid, elles perdent toute cette base volatile quand la liqueur est soumise à l'ébullition.

Eh bien ! quelque séduisante que soit en théorie une formule balsamo-alcaline exécutée, comme je viens de le dire, avec le baume de Tolu et le carbonate de soude, elle m'a paru dans la pratique inférieure à la formule dans laquelle je fais entrer les bicarbonates. Je poursuivrai, du reste, des expériences comparatives à ce sujet, et autant qu'elles ne m'auront pas conduit, par des raisons tirées des faits cliniques, à modifier ma formule première, c'est à celle-ci seulement que j'engagerai les praticiens

à recourir, parce que c'est avec elle seule que j'ai obtenu des résultats thérapeutiques qui, j'en ai la confiance, se reproduiront entre les mains de ceux qui se décideront à l'essayer dans le traitement des maladies des voies respiratoires principalement, puis encore dans le traitement des quelques maladies des voies digestives ou urinaires, puis enfin dans ces cas imprescriptibles où l'on jugera utile de tenter l'emploi combiné des balsamiques et des bicarbonates alcalins.

Le rationalisme, en pharmacologie, peut se contenter de formules dont la correction n'est pas absolue au point de vue chimique; en attendant mieux, les formules que je propose sont suffisamment rationnelles, et si, dans leur exécution, une certaine quantité de bicarbonates alcalins n'est pas décomposée, ce n'est pas un grand défaut au point de vue de l'emploi médical, car ces sels ont une action thérapeutique qu'il n'est pas sans importance de se ménager.

La forme de tablettes ou de pastilles que j'ai donnée aux préparations balsamo-alcalines me paraît convenable pour la pratique d'hôpital; mais si ces médicaments méritaient d'être vulgarisés dans la pratique civile, il serait préférable de les présenter sous une forme qui rendît leur administration plus facile et plus agréable, par exemple sous forme de dragées. On pourrait en même temps modifier les proportions des composants de manière à faire apprécier immédiatement par un calcul aussi prompt que simple, leur quantité absolue et relative.

Ainsi :

Pr.	Baume de Tolu.	50 grammes.
	Bicarbonate de soude.	25 —
	Sucre.	175 —
	Ce qui fera une masse totale de,	250 grammes.

On traitera, comme il a été dit plus haut, le baume de Tolu par l'alcool, et l'on précipitera sa dissolution alcoolique par l'eau distillée pour l'obtenir dans l'état de plus grande division possible; en chauffant au bain-marie, on aura chassé l'alcool, et une grande partie de l'eau se dissipera également; il restera donc dans la masse une assez petite quantité d'eau quand on aura finalement opéré la dessiccation, et l'on aura employé une trop petite quantité de gomme adragant (que l'on pourrait omettre à la rigueur), pour que l'on ait besoin de tenir compte du poids de cette gomme adragant et de l'eau d'interposition dans les pilules ou dragées qui seront le résultat de la division de la masse balsamo-alcaline.

Si donc on divise cette masse en 1000 parties égales, on aura des pilules dont chacune pèsera sensiblement 25 centigrammes,

Et contiendra	baume de Tolu.	0,05	grammes.
	bicarbonate de soude.	0,025	—
	sucre	0,175	—
		0,250	grammes.

Ajoutez : matière sucrante pour enveloppe de dragées, 250 grammes, et vous aurez des dragées pesant chacune 50 centigrammes.

Une dragée contiendra	baume de Tolu.	0,05	grammes.
	bicarbonate de soude. . .	0,025	—
	sucre.	0,425	—
		0,500	grammes.

Ces dragées contiendraient proportionnellement moins de sucre que les tablettes analogues, il n'y serait que dans la proportion de 8, 5 pour 1 de baume de Tolu. Il serait donc possible que la masse pilulaire centrale eût une saveur moins agréable, mais elle serait entourée d'une couche du sucre pur qui, en fondant dans la bouche, atténuerait la saveur du baume et du bicarbonate alcalin ; et la saveur, en fin de cause, quelle qu'elle fût, pourrait être évitée, la dragée, vu ses petites dimensions étant susceptible d'être avalée entière ou aussitôt que la succion l'aurait réduite au noyau médicamenteux central.

20 dragées représenteront 1 gramme de baume de Tolu, 50 centigrammes de bicarbonate de soude ou d'ammoniaque. On pourra en prendre par jour depuis 10 jusqu'à 80, et même 100; en moyenne, 40 à 50 devront suffire

Pour répondre aux principales indications des maladies de poitrine, on ajoutera aux dragées balsamo-sodiques des quantités déterminées et toujours faciles à calculer dans leur division, d'extrait d'opium, de kermès minéral ou d'ipécacuanha.

On peut arrêter pour ces nouvelles formules les doses suivantes :

Pour la masse pilulaire ci-dessus de 250 grammes,

1° *Opium* . . . . . 0,50 grammes,

de sorte que 100 dragées contiendront 0,05 grammes d'opium, et chacune 0,0005 ;

2° *Kermès minéral* . . . . 2,50 grammes,

de sorte que 100 dragées contiendront 0,25 grammes de kermès, et chacune 0,0025 ;

3° *Ipécacuanha* . . . . 2,50 grammes,

de sorte que 100 dragées contiendront 0,25 grammes d'ipécacuanha, et chacune 0,0025.

L'emploi des médicaments balsamo-alcalins devra être prescrit et dirigé par le médecin, ceux surtout qui contiendraient de l'opium, du kermès, de l'ipéca. Mais dans le cas où ils pourraient un jour passer directement de l'officine aux mains des malades, je proposerais une innovation qu'il serait d'une haute moralité d'appliquer à tant d'autres remèdes dont la composition est voilée par un secret plus ou moins absolu ; je proposerais de porter sur l'étiquette des boîtes ou flacons l'indication précise de la proportion des éléments actifs contenus dans la formule. Ainsi, l'on ne pourrait commettre ni méprise ni abus tant sur la dose du médicament que sur l'opportunité de son emploi. C'est surtout pour les préparations qui contiennent de l'opium, même en très petite quantité, qu'il est important d'être bien et dûment averti. On ne sait pas assez combien de pectoraux et de béchiques, plus ou moins vantés et plus ou moins dignes de l'être, contiennent de l'opium ou des sels de morphine ; la dose en est très exiguë ; mais si un individu, pour accélérer sa guérison ou pour satisfaire sa sensualité, consomme en un jour, en quelques heures, une trop grande quantité de certains bonbons béchiques, de certaines pâtes pectorales, il éprouvera des accidents assez sérieux qui iront peut-être non pas seulement jusqu'au narcotisme, mais jusqu'aux symptômes d'un empoisonnement. Et si l'on songe combien certaines personnes, combien les enfants, par exemple, sont sensibles à l'action des opiacés, on comprendra combien il pourrait être dangereux de leur laisser prendre de pareilles drogues, secrètes ou mal connues. Que les malades, que les gens du monde, par incurie, par insouciance, et plus souvent par suite de préventions, acceptent et recherchent des remèdes secrets, on le conçoit jusqu'à un certain point ; mais ce qui est injustifiable, c'est qu'il y ait encore des médecins qui en tolèrent l'usage, qui même les recommandent. Nous devons être inflexibles à cet égard ; tout remède dont la composition ne nous est pas rigoureusement et complétement connue, doit être banni de la thérapeutique ; la dignité et la responsabilité médicales n'en comportent pas l'incertain et dangereux essai. Le pharmacien, de son côté, ne doit, sous aucun prétexte et à quelque minime dose que ce soit, adjoindre l'opium à des préparations délivrées la plupart du temps sans prescription de médecin ; et lorsque ces préparations contiennent d'autres substances actives quoique à un moindre degré que l'opium, leur étiquette devrait en notifier non seulement la présence, mais l'exacte proportion. Dans

ces conditions de publicité, le médecin jugerait si le médicament a droit à sa confiance ; avec ces garanties, le malade qui voudrait agir en dehors de la direction du médecin, sachant ce qu'il prend, pourrait en apprécier ou en faire apprécier à d'autres les conséquences.

V. Accouchem^ts, Maladies des femmes et des enfants.

ACCOUCHEMENTS.

9. *De la localisation des douleurs de l'accouchement* ; par le docteur J.-H.-S. Beau, médecin de l'hôpital Cochin, agrégé à la Faculté de médecine.

(L'Union médicale, N° 104 ; 2 septembre 1851.)

M. Axenfeld a publié dans ce journal (20, 23 avril 1850) un mémoire dans lequel il fait connaître certains rapports que j'ai trouvés entre les affections de l'utérus et les névralgies lombo-abdominales. Ce que j'ai à dire aujourd'hui est un appendice aux idées contenues dans le précédent travail. On trouvera, dès lors, tout naturel qu'avant d'entrer en matière, je rappelle d'une manière succincte les idées principales contenues dans la publication de M. Axenfeld. Les voici :

1° La névralgie lombo-abdominale est caractérisée, d'après M. Valleix, qui l'a décrite le premier, par une douleur qui augmente à la pression dans un ou plusieurs des cinq points suivants : en dehors des vertèbres lombaires (point lombaire), vers le milieu de la crête iliaque (point iliaque), à la partie inférieure du muscle droit (point hypogastrique), au dessus du ligament de Fallope (point inguinal), à la partie supérieure de la grande lèvre (point vulvaire).

2° Cette névralgie n'existe jamais ou presque jamais à l'état idiopathique. Elle est symptomatique des affections graves ou légères de l'utérus. De telle sorte qu'une affection de l'utérus étant donnée, on manque rarement de constater à la pression un ou plusieurs des points douloureux indiqués précédemment ; et réciproquement, si une malade accuse différents points douloureux de la névralgie lombo-abdominale, on remonte facilement à une lésion utérine qui est le point de départ et l'origine de la névralgie.

3° Toutefois, on ne pourrait pas établir un rapport d'intensité

constant entre la névralgie lombo-abdominale et la lésion utérine qui la provoque. Ainsi, quelquefois la douleur sera très légère, et manquera même dans des altérations profondes de l'utérus, telles que des cancers; d'autres fois, elle sera excessive à l'occasion d'un léger déplacement de l'utérus ou d'une simple congestion cataméniale.

4° L'intensité de la douleur tient ici, comme dans toutes les autres névralgies, à une disposition particulière, à une sorte de réaction nerveuse du malade. L'état de dyspepsie et l'hydrémie qui en résulte, doivent être considérés comme ayant une influence particulière pour déterminer cette surexcitation nerveuse qui donne lieu aux névralgies lombo-abdominales, dans les cas si nombreux où elles sont liées à une lésion légère de l'utérus. Car, lorsque l'on guérit la dyspepsie, et que le sang est ramené par là à son état de composition normale, on voit la névralgie lombo-abdominale se dissiper, bien que la lésion utérine, que nous supposons être un léger déplacement, persiste au même degré qu'auparavant.

5° On conçoit, jusqu'à un certain point, cette névralgie lombo-abdominale, comme symptôme des affections utérines. Car, puisque l'utérus est à peu près insensible par lui-même à la douleur, il fallait que des nerfs émanant de lui, et placés dans la portion de la paroi abdominale qui lui sert de zone, fussent pour ainsi dire chargés de souffrir pour lui, et de traduire ses différentes altérations en symptômes douloureux.

Les nerfs lombo-abdominaux communiquant avec l'utérus, successivement, par les plexus lombaires, sacrés et hypogastriques, sont donc chargés d'exprimer douloureusement les différentes affections utérines ; par conséquent la douleur qui s'irradie de l'utérus par les plexus précédents pour venir se faire sentir dans les nerfs lombo-abdominaux, est une véritable douleur reflexe.

On rencontre encore des douleurs symptomatiques de l'utérus, dans les nerfs fémoraux cutanées qui émanent du plexus lombaire, et dans la région du sacrum, où l'irradiation douloureuse se fait par la branche postérieure des nerfs sacrés. Ce qu'il y a de remarquable c'est que les nerfs crural et sciatique, bien que provenant du plexus lombo-sacré, ne sont jamais le siège de douleurs symptomatiques des affections utérines.

7° Une différence si tranchée dans la susceptibilité douloureuse de ces différents nerfs, qui étonne d'abord à cause de leur origine commune, paraît moins inconvenable quand on réfléchit au but final de la douleur.

En général le symptôme *douleur* a pour but d'empêcher tout contact, toute pression capable de porter quelque atteinte à la partie malade. Or, comme des contacts et des pressions de cette nature ne peuvent arriver à l'utérus que par les parois molles du bassin et de la région abdominale inférieure, la nature a chargé les nerfs lombo-abdominaux, qui rampent dans ces parois, et qui, comme nous l'avons dit, émanent de l'utérus à l'aide de communications anastomotiques ; la nature, dis-je, a chargé ces nerfs de garantir et de protéger l'utérus malade en les affectant de névralgie, tant que dure la lésion utérine.

Voilà pourquoi les nerfs crural et sciatique, bien qu'ayant la même origine que les nerfs précédents, ne sont pas affectés de névralgies symptomatiques ; c'est que leurs névralgies situées hors du bassin et de la région utérine, n'eussent eu aucun avantage de protection pour l'utérus.

Cela dit, nous allons facilement aborder l'objet de cette note, c'est-à-dire la localisation des douleurs de l'accouchement.

Puisque les nerfs lombo-abdominaux sont affectés de névralgie symptomatique, et sous l'influence des différentes lésions utérines ; puisque, en un mot, ces nerfs sont, comme nous l'avons déjà dit, chargés de souffrir pour l'utérus malade ; on est naturellement conduit par là à regarder d'avance les mêmes nerfs comme le siége des douleurs si vives que la femme éprouve dans l'acte de l'enfantement.

C'est ce qui existe en effet, et ce qu'il est très facile de constater.

Ainsi, qu'on examine une femme en travail, et qu'on recherche sur elle l'existence des cinq points douloureux qui caractérisent la névralgie lombo-abdominale, on verra, de manière à ne pas pouvoir s'y méprendre, qu'il y a pendant l'accouchement, comme dans un cas de lésion utérine, des points douloureux à la pression, aux régions lombaire, iliaque, hypogastrique, inguinale et vulvaire.

On verra encore ici, comme dans les cas pathologiques, que la plus grande intensité des points douloureux n'est pas la même chez toutes les femmes. Chez les unes, c'est le point lombaire, chez les autres, c'est le point inguinal ou le point iliaque, etc., dont la pression excite le plus de douleur.

Enfin, on pourra constater ce fait assez remarquable, c'est que, dans le moment de la contraction utérine, et pendant l'existence de la douleur, qui en est le signal et qui l'accompagne, la femme ne peut pas supporter la plus légère pression sur un ou plusieurs des cinq points douloureux précités, tandis que, dans l'intervalle

des contractions utérines et des douleurs spontanées coïncidentes, la pression des mêmes points névralgiques est beaucoup moins douloureuse.

Si ensuite on interroge la femme sur le siége et la nature des douleurs spontanées qu'elle ressent, pendant les contractions utérines, elle répondra que ces douleurs ne sont pas différentes de celles qu'on lui fait éprouver en pressant sur les points de la névralgie lombo-abdominale ; elle dira que les douleurs de l'accouchement sont placées, pour ainsi dire, en ceinture et partent de chaque région lombaire pour aboutir aux aines et à la vulve ; c'est-à-dire que ces douleurs sont parfaitement indiquées comme suivant les branches nerveuses lombo-abdominales.

Par conséquent, les douleurs de l'enfantement seraient *principalement* constituées par une névralgie lombo-abdominale, névralgie qui est continue pendant tout le travail puerpéral, mais qui offre un redoublement considérable de douleur à chaque contraction utérine.

On a, comme l'on sait, cherché à expliquer les douleurs de l'accouchement, par le tiraillement et la dilatation des fibres du col utérin, par la compression des plexus nerveux, dans le moment des contractions utérines, etc... Ces différentes circonstances, qu'on a tour à tour invoquées, ne peuvent pas être niées : seulement il faut reconnaître que la douleur qu'elles provoquent ne se passe pas dans l'utérus, mais bien dans les nerfs qui sont chargés de souffrir pour lui, c'est-à-dire dans les nerfs lombo-abdominaux, exactement comme s'il s'agissait d'un cas pathologique et d'une lésion utérine.

Toutefois, ainsi que je l'ai dit plus haut, je regarde la névralgie lombo-abdominale comme constituant *principalement* les douleurs de l'accouchement ; par conséquent cette névralgie n'en est pas la cause exclusive, et dès lors la douleur de l'accouchement est complexe.

En effet, il faut ajouter à la névralgie lombo-abdominale, dont le point de départ est dans l'utérus, les douleurs qui résultent de la dilatation forcée du vagin et du périnée. Or, ces douleurs ont lieu réellement dans le vagin et le périnée, qui sont extrêmement sensibles par leurs nerfs propres, et qui n'ont pas, comme l'utérus, des nerfs voisins pour exprimer leurs symptômes de douleur.

Telles sont les considérations que j'avais à présenter sur la localisation des douleurs de l'enfantement. Maintenant je dois, pour terminer, appliquer la même théorie de la névralgie lombo-ab-

dominale à l'interprétation d'autres douleurs qui existent dans l'état de grossesse.

Et d'abord il y a, comme l'on sait, *les fausses douleurs* qui ressemblent aux vraies douleurs de l'accouchement, mais qui s'en distinguent par l'absence de toute contraction utérine, de tout travail de parturition. Eh bien ! ces fausses douleurs, d'après ce que j'ai observé, résultent encore d'une névralgie lombo-abdominale reconnaissable à ces cinq points douloureux. Cette névralgie a également son point de départ et son foyer dans l'utérus ; mais l'utérus, bien que dilaté par le produit de la conception, est ici à l'état de repos ; tandis que, dans la névralgie qui accompagne et qui marque les contractions utérines, l'utérus est le siége de grands mouvements simultanés, de contraction dans son fond et de dilatation dans son col.

Enfin, je rappellerai que tous les accoucheurs ont encore signalé l'existence de douleurs contenues ou passagères, accusées à différentes époques de la grossesse, tantôt à la région lombaire, tantôt à l'aine, à la région iliaque, etc. Ces douleurs sont encore celles de la névralgie lombo-abdominale qui, chez certaines femmes, est occasionnée par le simple changement physiologique qui se fait dans l'utérus pendant l'état de grossesse. L'existence de la douleur aux lombes, à l'aine, etc., tient tout simplement à ce que les cinq points douloureux de la névralgie étant d'inégale intensité, il y en a un variable suivant les individus, dans lequel la douleur prédomine et se montre d'une manière spontanée, ou aux lombes, ou à l'aine, etc. Ce qui démontre que ces douleurs spontanées des lombes, de l'aine, etc., se rattachent bien à la névralgie lombo-abdominale, c'est qu'elles augmentent à la pression dans les points où elles sont accusées par les malades, et qu'on excite également de la douleur à l'aide de la pression, dans les autres points de la névralgie lombo-abdominale, qui ne sont pas spontanément douloureux.

MALADIES DES FEMMES.

10. *Observation d'aménorrhée, suivie d'accidents singuliers* ; par le docteur O. Leconte, d'Eu.

(L'Union médicale, N° 125 ; 21 octobre 1851.)

La fille Thérèse, enfant trouvée, âgée de 29 ans, domestique chez le sieur H..., propriétaire à Eu, est d'une assez bonne constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une taille moyenne, d'une intelligence ordinaire. Elle était d'un embon-

point assez prononcé à l'époque où je recueillis cette observation, ayant le teint haut, les pommettes très colorées. Sa santé était assez bonne, sauf les accidents dont je vais parler.

Elle n'a jamais été réglée ; et depuis sept ans environ, elle est sujette à des étouffements et à des bouffées de chaleur au visage, qui devient alors d'un rouge-violet. En général, ces symptômes sont plus prononcés tous les mois ou toutes les cinq semaines. A la même époque, elle éprouve ordinairement dans la cuisse droite et quelquefois jusque dans la jambe et le pied correspondant, une douleur lancinante avec sentiment profond de brûlure. Le membre ne change pas de couleur, ne grossit pas et n'éprouve aucun changement apparent, mais il devient d'une excessive sensibilité au toucher, sans que le trajet d'aucun tronc nerveux soit plus particulièrement affecté. Quelquefois, quand l'accès est plus violent, la cuisse gauche participe à cet état qui dure huit à dix jours pendant lesquels la marche est pénible, et s'accompagne même de claudication. Passé ce temps, tout rentre dans l'état naturel.

Depuis trois mois, ces accidents ont augmenté d'intensité, et dans l'intervalle de ces époques, elle a continué d'être souffrante. Le ventre s'est tendu et est devenu douloureux ; l'appétit s'est perdu et la nourriture s'est presque exclusivement composée d'un peu de lait. Depuis cinq ou six jours, elle a commencé à éprouver de la douleur et de la difficulté dans l'émission des urines. Ce n'est qu'après avoir dissimulé son état pendant plusieurs jours, qu'elle se décide à me faire demander.

Le 25 juin 1842, la physionomie de la malade exprime la gêne et la souffrance. La face est fortement colorée, d'un rouge livide aux pommettes et aux ailes du nez. La pointe du nez, le sillon naso-labial et le menton sont d'une pâleur mate. Le ventre est tendu, dur, développé dans la région hypogastrique et douloureux au moindre contact. Les membres inférieurs sont fléchis sur le bassin, le moindre mouvement du corps paraît produire de la douleur.

La respiration est accélérée, le pouls est peu élevé au-dessus du type normal, mais plus plein, égal et régulier à 80. La peau est à peine plus chaude que dans son état naturel, sans sécheresse ni moiteur. L'excrétion urinaire n'a pas eu lieu depuis la veille, et encore la dernière émission d'urine a été très rare et très douloureuse.

Prescription : 25 sangsues sur l'hypogastre, 2 bains de deux heures.

Le soir il vient un peu plus d'urine. On réitère les bains et 20 sangsues.

Le lendemain, 26 juin, il y a à peine quelque diminution dans les douleurs. — Saignée du bras.

Le soir, la malade souffrant cruellement, se décide enfin à se laisser introduire la sonde, qu'elle avait jusque-là repoussée, et il sort de la vessie près d'un pot d'urine trouble et odorante.

Je profite de sa bonne volonté pour pratiquer aussi le toucher. La membrane hymen n'est pas déchirée ; elle forme un croissant tourné en avant. Néanmoins, avec des précautions, j'introduis l'index dans le vagin. Je sens à peine le col de l'utérus incliné en arrière ; mais l'état de virginité de cette fille m'empêche de bien constater si le col est perforé et si l'utérus a son développement normal.

On continue les bains jusqu'au 4 juillet ; mais tous les jours il faut vider deux fois la vessie au moyen de la sonde, dont l'introduction est plus ou moins douloureuse, selon les jours.

Le 4 juillet, je ne puis la soulever. Le cathéter arrive à l'entrée de la vessie, et après avoir ramené quelques gouttes d'urine, il rencontre un obstacle qui l'empêche de pénétrer plus loin. D'ailleurs la malade, qui souffre beaucoup, exige que je retire l'instrument, et je ne puis la sonder que le soir.

Le 5, elle a expulsé de la vessie, après d'assez grands efforts et de vives douleurs, ce qu'elle appelle une *boule*. Ayant négligé de la conserver, elle ne peut me la faire voir. C'était sans doute l'obstacle que la sonde avait rencontré la veille. A la suite de cette expulsion, elle a rendu naturellement plus d'un pot d'urine en deux fois.

Le 12, cette malade continue à uriner assez abondamment, mais avec difficulté et douleur. Depuis avant-hier, elle a encore rendu des *boules*, et a pris la précaution de les conserver. C'est une membrane blanche, dense, semblable à ces peaux épaisses et résistantes qui se forment parfois à la surface des vésicatoires et sont enduites d'un côté d'une matière gélatineuse, dont la consistance est moindre, Quand elle est sèche, son aspect et sa consistance la font ressembler à un lambeau de vessie de vache. Cette substance est venue par lambeaux assez épais et volumineux qui passaient avec peine, et qu'elle a extrait avec les doigts. On trouve mêlés dans les urines des grumeaux dont les uns sont suiffeux et nagent à la surface, et dont les autres, glaireux et à demi-membraneux, se précipitent au fond du vase. Quelquefois elle en rejette trois ou quatre de la grandeur de la main.

La malade n'a pas de fièvre, et peut vaquer à ses occupations.

Le 13, après des étouffements et des nausées; elle a vomi environ deux à trois verres de sang rouge en partie à demi-coagulé. La nuit est assez pénible, et un mouvement assez fébrile s'est manifesté ; mais le lendemain elle est mieux.

Le soir du 20 juillet, elle me fait demander. Elle souffre davantage, et ne peut rejeter une *boule* qu'elle a senti se déchirer en quatre parties, et qu'elle sent ne pas être dans la vessie. Elle m'avoue alors que déjà, sans uriner, elle a rendu des membranes sortant du vagin, et qu'elle les extrayait avec les doigts. Du reste, elle sait parfaitement distinguer quand elles sont sorties du vagin, ou quand elles sont expulsées de la vessie.

Je pratique le toucher. Les manœuvres auxquelles la malade s'est livrée pour extraire du vagin les produits membraneux, ayant agrandi l'orifice vaginal et rompu l'hymen, je puis sentir facilement le col de l'utérus, petit mais perforé, légèrement entr'ouvert, bien conformé et à la hauteur ordinaire. Le corps de l'utérus présente le volume qu'il a d'habitude.

Je ne puis apprécier quel est le corps étranger contenu dans sa cavité ; mais la malade rend peu après, en quatre fois, une membrane en partie tubulée, lisse et à fibres entrecroisés ; en partie tomenteuse et anfractueuse. Après cette éjection, elle sent un soulagement notable.

La production des pseudo-membranes s'étend sur d'autres surfaces muqueuses; l'estomac participe à ce travail morbide. Deux jours de suite, la malade a vomi, à plusieurs reprises, des matières glaireuses, accompagnées de ces produits pseudo-membraneux. Ces vomissements la soulagent beaucoup et elle se trouve mieux après qu'ils ont eu lieu.

Le 3 août, nouveaux vomissements de produits pseudo-membraneux ; la vessie et le vagin continuent également à les sécréter. Une de ces membranes, venant du vagin, était large comme la moitié de la main, dense, épaisse, d'un tissu croisé, ferme, assez semblable à ces aponévroses ayant subi une cuisson. Cependant, la malade est mieux et vaque en partie à ses occupations.

Le 15, la persistance des mêmes accidents, jointe à un vomissement de sang, avec une douleur des reins assez vive, m'engage à pratiquer une saignée.

Le 18, nouveaux vomissements de sang à plusieurs reprises. Le sang est tantôt noir et coagulé, tantôt rouge et liquide. Il s'y trouvait un ascaride lombricoïde. Thérèse assure en avoir également retiré un du vagin. Outre les lambeaux membraneux, il

est sorti de la vessie une petite poche fermée, olivaire, de la grosseur d'une noisette, renfermant un caillot de sang.

Le 25, des pilules composées de calomel et d'aloës, prises depuis trois jours au nombre de deux par jour, ont été vomies ce matin toutes six, entières et non altérées. Ces vomissements ont été accompagnés de fausses membranes jaunâtres d'une odeur fétide. Il est survenu une diarrhée abondante de matières fétides, d'un jaune-blanchâtre, au milieu desquelles flottaient des fausses membranes.

Le 2 septembre, la santé paraît être rétablie, et toutes les fonctions, tant locomotrices que digestives et urinaires, s'exercent presque normalement. Depuis deux ou trois jours la douleur qu'elle éprouvait autrefois dans la cuisse toutes les cinq semaines, et qui, depuis près de trois mois, n'avait plus donné signe d'existence, vient de se manifester, de nouveau, quoique peu violente encore. La crise paraît être à sa fin. En effet, pendant les quinze jours qui suivent, santé parfaite.

Cette fille se croyait guérie, quand elle fut reprise de tous les accidents qui précèdent. Perte d'appétit, pesanteur d'estomac, vomissements pseudo-membraneux, difficulté d'uriner, excrétion par le vagin et la vessie des mêmes fausses membranes. Il en sort également du rectum. Quelques-unes de ces membranes sont denses, élastiques, de 2 à 3 millimètres d'épaisseur, assez semblables à une couenne; d'autres sont fines et transparentes comme de la baudruche. Le même organe les produit alternativement ou à la fois, offrant ces deux caractères. J'en ai tiré deux au même moment qui sortaient de l'utérus avec des épreintes et des coliques, dont l'une, roulée sur elle-même, se développait en une surface large et mince, et dont l'autre, de la largeur de deux doigts, était opaque, élastique et dense.

Les pastilles de Vichy sont le seul médicament que la malade puisse supporter.

Les accidents continuent. Les fausses membranes sont rejetées de la matrice avec une sensation de déchirement, et la malade m'annonce à peu près le nombre que j'en dois extraire, car il arrive souvent qu'elles ne peuvent sortir seules du vagin. Le même jour, j'en extrait dix l'une après l'autre, roulées sur elles-mêmes. Elles sont rouges, infiltrées de sang. C'est la première fois qu'on observe cette coloration. Une seule, large de 3 à 4 centimètres, longue de 5 à 6, est jaune et fibreuse, résistante. Près d'un de ses angles, on observe un petit pertuis du diamètre d'une soie de sanglier, traversant la membrane de part en part, et disposé d'un côté en infundibulum, qui se continue de l'autre

en un petit canal long d'environ un demi-centimètre. Ce conduit était-il inséré à l'orifice d'une des trompes de Fallope ? Sa forme semblerait l'annoncer.

J'ai conservé une de ces membranes, qui représente un tube conique, de 10 à 12 centimètres de longeur ; de 3 à 4 de diamètre à sa base, et d'un et demi environ à son sommet, qui est tronqué.

Du 10 au 15 octobre, les accidents déjà signalés se reproduisent dans toute leur intensité. L'organe qui sécrète le plus régulièrement et avec le plus d'abondance les membranes, est maintenant l'utérus. Leur sortie est toujours accompagnée d'épreintes et de douleurs cuisantes. La malade, assez patiente et courageuse pourtant, pleure et sanglotte, se tord et se roule sur son lit en se plaignant d'éprouver une brûlure intérieure, ou bien un déchirement profond. Les pseudo-membranes sortent l'un après l'autre, roulées et pliées sur elles-mêmes, et, arrivées dans le vagin, il faut les en extraire avec le doigt. Depuis quelque temps, elles sont toujours rouges et imbibées de sang, molles et spongieuses, assez épaisses, de 2 à 4 millimètres ; ou, d'autres fois, fines et transparentes. Il semble que cet état sanguinolent annonce une préparation à un travail plus normal. La malade sent la fin de sa crise. Le retour de sa lourdeur habituelle de tête, de sa douleur dans la jambe en est pour elle un signe presque certain.

Le 20, à la suite d'une application de sangsues aux parties, la malade a eu par les deux oreilles un écoulement de sang rouge et liquide, dont elle estime la valeur à près de quatre verres. Quelques jours après, malgré une saignée des bras, il survient d'abondants vomissements de sang, et des sécrétions pseudo-membraneuses dans l'estomac, dans les intestins, dans la vessie, dans la matrice, s'établissent pendant plusieurs jours. A la suite de ces accidents, Thérèse se trouve notablement soulagée et reprend toute son activité.

Voilà, je crois, une observation rare et intéressante. Cette aménorrhée primitive chez une fille bien constituée, durant d'abord sept ans avec déviation de la fluxion menstruelle sur le membre abdominal, puis au bout de ce temps, cette lutte de la nature, ces efforts pour purger le sang des principes surabondants que l'absence des règles avait laissé s'accumuler dans l'économie, ont donné lieu à l'une des plus curieuses observations que possèdent sur ce sujet les annales de la médecine.

Il y a d'abord aménorrhée sans accident jusqu'à l'âge de 22 ans. A cette époque la sécrétion normale faisant défaut, la dé-

viation des règles se manifeste par des douleurs dans la cuisse, qui se reproduisent toutes les cinq ou six semaines. Sept ans se passent; cette déviation sèche, si l'on peut ainsi dire, n'est plus suffisante, quoique de loin en loin on ait pratiqué une saignée. La nature prépare une crise éliminatoire et provoqua à la surface des membranes muqueuses, les voies respiratoires heureusement exceptées, cette vaste et longue sécrétion de produits membraniformes accompagnée de phénomènes si singuliers. Cette espèce de diathèse diphthérique, due à cette cause, est vraiment remarquable, et le peu de recherches que j'ai pu faire ne m'en ont pas fourni d'autre exemple. On trouve des observations de déviation des règles par une épistaxis, par une hémopthisie, par une hémorrhagie du sein ou de la surface d'une dartre vive, par un écoulement blanc, par un dévoiement supplémentaire, par un gonflement également sans sécrétion de l'angle interne de l'œil, etc., etc.; mais je n'en ai pas vu qui se rapproche de la nature de celle-ci.

Voici ce que dit de plus analogue à ce sujet M. Brierre de Boismont dans son ouvrage sur la menstruation, ouvrage si riche de faits, si abondant en considérations pratiques : « Il se forme quelquefois dans l'utérus des concrétions charnues membraniformes, de consistance lisse, molle, couenneuse, blanchâtre. Leur surface interne est humectée par un liquide séreux, leur surface externe est inégale, tomenteuse, d'un blanc rougeâtre, parsemée de points rouges et adhérents à la surface interne de la matrice. Cette production existe surtout chez les femmes dont la menstruation est difficile et douloureuse. » MM. Velpeau, Deuman, Mojon, Renauldin, cités par lui, parlent dans le même sens. Mais tous ces faits ne présentent qu'une analogie indirecte et éloignée avec l'observation rapportée ici.

A quelle cause serait-il possible de rattacher ce fait d'aménorrhée? Il n'existe aucun vice de conformation apparent des organes génitaux, aucun état pathologique de l'utérus ou des ovaires. Il ne paraît y avoir non plus prédominance sthénique ni asthénique. Cette fille, d'une bonne constitution d'ailleurs, bien que d'un tempérament lymphatico-sanguin, sans le moindre symptôme scrofuleux, n'ayant eu que la variole à l'âge de cinq ans, a toujours joui d'une bonne santé antérieurement à cette époque.

Est-ce un de ces cas où les qualités du sang s'opposent à son exhalation, comme M. P. Dubois suppose que cela peut avoir lieu? Cette abondante sécrétion pseudo-membraneuse, de si longue durée, donnerait quelque probabilité à cette hypothèse.

Mais n'est-il pas plus rationnel d'admettre ici que le sang ne s'est altéré, ne s'est fait plastique avec tendance à s'organiser que par suite de l'absence de la sécrétion menstruelle ? C'est du moins l'opinion qui nous paraît la plus probable. En somme, cette observation paraît rentrer dans la catégorie remarquable et dont les exemples, sous ce rapport, ne sont pas très rares, d'aménorrhées primitives, dont la cause est insaisissable pour nous. Elle constate une fois de plus que la nature est riche en faits exceptionnels.

Les diverses opinions que l'on s'est formées sur la nature du sang menstruel rendaient intéressant de faire l'analyse de ces fausses membranes. Lavagna, MM. Velpeau, Burdach pensent qu'en général le liquide des règles ne contient pas de fibrine. MM. Dubois et Brierre de Boismont ne pensent pas qu'il en soit dépourvu. Il était donc intéressant de s'assurer de la composition de ces fausses membranes, qui se composaient en grande partie du principe exubérant de l'économie que l'utérus est chargé d'éliminer.

M. Mialhe, à qui les fausses membranes ont été adressées par l'intermédiaire d'un pharmacien de cette ville, a eu l'extrême obligeance d'en faire l'analyse et s'est assuré qu'elles étaient exclusivement composées d'albumine.

Il est inutile d'entrer dans les détails du traitement qui a été suivi. Cela n'apprendrait rien à personne. C'est la nature qui d'ailleurs en a fait tous les frais. La thérapeutique a peu de chose à réclamer. Les bains, les émollients, les saignées et les sangsues ont seules procuré quelque adoucissement passager. Toutes les autres médications tentées ont échoué le plus souvent par l'intolérance de l'estomac pour toute espèce de médicament.

Du mois de novembre 1842 au mois de juillet 1843, aucun nouvel accident ne se produisit. A cette époque, il y eut la récidive la plus complète de tous les symptômes observés l'année précédente. Ils eurent au moins la même gravité et la même durée.

Depuis cette époque, Thérèse ne présente d'autre phénomène que celui d'une dysurie revenant tous les deux ou trois mois et durant deux ou trois jours. Une saignée de pied et quelques bains de siége, joints au cathétérisme de la vessie, en font justice.

---

11. *Recherches cliniques sur le cancer utérin*; par M. C. Forget, professeur de clinique médicale à la Faculté de Srasbourg.

(Gazette médicale de Paris, Nos 41 et 42; 1851.)

Le cancer de l'utérus est une maladie très commune, laquelle a été fréquemment et soigneusement observée par une foule d'auteurs; et pourtant telle est la variété des œuvres de la nature, que les sujets les plus vulgaires révèlent journellement de nouveaux points de vue, de nouvelles combinaisons à qui veut les observer avec attention. C'est ce qui ressortira, je l'espère, du travail que nous osons produire sur un texte aussi commun que l'est le cancer utérin. Nous rangerons nos faits en trois catégories : la première traitera du cancer isolé du corps de l'utérus, la seconde du cancer utérin comme cause de distension rénale, et la troisième de certaines complications assez rares du cancer utérin.

I. — *Du cancer isolé du corps de l'utérus.*

Il est un point de l'histoire du cancer utérin qui nous paraît laisser encore quelque chose à désirer : c'est la détermination précise du siége de la maladie. On s'est beaucoup étendu sur le cancer du col qui est incomparablement le plus fréquent, il est vrai; on s'est moins occupé du cancer de la totalité de l'utérus, qui est le plus souvent, il faut en convenir, la conséquence du précédent; mais lorsqu'il s'agit du cancer *isolé du corps* de l'utérus, les détails graphiques font à peu près complétement défaut, et son histoire spéciale reste à créer.

Quelques recherches bibliographiques nous ont démontré que la dégénérescence isolée du corps de l'utérus est rare, en effet, mais moins rare peut-être qu'on ne le croit généralement, les faits de ce genre se trouvant confondus par les auteurs avec d'autres observations sous des titres collectifs. C'est ainsi que, dans le *Traité des maladies de l'utérus* de Dugès et Boivin, on trouve, à la page 41 du tome II, un chapitre intitulé : *Quatre cas de squirrhe de tout l'utérus*, parmi lesquels se rencontrent les suivants :

Premier fait. — Chez une femme où le cancer de l'utérus n'avait pas été soupçonné pendant la vie, voici ce qu'on découvrit à l'autopsie : « l'utérus avait 3 pouces de longueur; le corps de « l'organe affectait la forme d'une poire, avait 2 pouces de « diamètre en tous sens; on n'y reconnut qu'une masse com- « pacte, dure, blanche, sans la moindre apparence de cavité. « *Son col était de volume et presque de consistance naturels.* »

Second fait. — Chez une autre femme où le cancer passa

également inapperçu, « l'utérus était petit, pâle; à la face externe « et antérieure de l'organe s'élevaient deux petites tumeurs « pédiculées, charnues, du volume d'une cerise, recouvertes « par le péritoine. Une autre tumeur de même nature s'élevait « sur le fond de l'organe.... L'utérus n'avait pas conservé la « moindre trace de cavité ; son tissu était partout de même na- « ture, analogue pour la couleur et la consistance à du savon « blanc. *Le museau de tanche était lisse, uni et du volume naturel.* »

Troisième fait. — Dans ce cas relatif à une femme de 50 ans, les pertes sanguines, les douleurs de reins et de l'hypogastre, la maigeur, le teint jaunâtre, firent présumer une affection cancéreuse des parties génitales internes. A la nécroscopie, on trouva les ovaires dégénérés; « l'utérus avait acquis au moins trois fois « son volume ordinaire.... ; son tissu en général était analogue « à celui des ovaires (compacte, graisseux) ; on n'y voyait pas la « moindre apparence de cavité. *Le museau de tanche, du volume « ordinaire, était compacte, lisse et sans aucune altération.* »

Il est évident que dans ces trois cas la dégénérescence avait débuté par le corps de l'utérus et n'avait pas encore atteint le col de l'organe; aussi le cancer utérin fut-il méconnu dans les deux premiers cas et supposé seulement dans le troisième.

Je n'ai trouvé de distinction catégoriquement exprimée à l'égard du cancer isolé du corps de l'utérus que dans l'article *Utérus* (cancer de l') du *Dictionnaire en 30 volumes*, p. 273, où M. Marjolin s'exprime en ces termes : « Le cancer de la matrice « affecte presque toujours primitivement son col ; les cas où il enva- « hit d'abord le corps de l'organe, *le col restant intact*, sont extrê- « mement rares. » Et plus loin : « Le cancer primitif du corps de « la matrice est très rare ; il commence toujours par la surface « interne de l'organe ; son diagnostic reste longtemps très ob- « scur. La tuméfaction de la matrice, les pertes utérines, les « douleurs pelviennes peuvent être produites par plusieurs autres « affections. On ne reconnaît avec certitude la maladie que « lorsque les écoulements sanieux et d'odeur cancéreuse sur- « viennent, et lorsque le col utérin, successivement détruit de « haut en bas, permet l'introduction du doigt dans l'excavation « cancéreuse, » c'est-à-dire lorsque le cancer du corps a cessé d'être isolé. M. Marjolin continue : « L'ulcération peut réduire « l'épaisseur de la matrice en quelques points à la tunique pé- « ritonéale ; celle-ci même peut être perforée quelque temps « avant la mort de la malade ; mais on trouve plus fréquemment « la matrice adhérente à l'intestin, à l'épiploon, à la paroi pos- « térieure de la vessie. »

Ceci, qui s'imprimait en 1846, peut donc passer pour le dernier mot de la science sur l'objet qui nous occupe. Je ne prétends pas avancer beaucoup cette courte histoire du cancer isolé du corps de l'utérus ; je ne veux qu'ajouter quelques traits à cette esquisse, notamment en ce qui concerne les conséquences encore inexplorées de cette affection.

Il y a quelque temps que lisant dans un journal une observation de cancer du corps de l'utérus, donné par l'auteur comme un cas rare, je me rappelai le fait suivant consigné dans le *compte-rendu de ma clinique* publié en 1845.

Cancer du corps de l'utérus, sans altération du col, méconnu pendant la vie.

Obs. I. — Une femme de 66 ans, décrépite, entre à la clinique le 31 mai 1843. On ne peut en tirer que des renseignements très vagues : elle dit avoir souffert pendant tout l'hiver de douleurs abdominales vives avec alternatives de diarrhée et de constipation.

État actuel : Maigreur extrême, facies d'un jaune terreux, prostration. Abdomen élevé, tendu, résonnant à la percussion, sans tumeur profonde appréciable. Diarrhée, point de fièvre. Les adoucissants et l'opium calment la diarrhée, mais le ventre demeure ballonné et sensible. Nous diagnostiquons une entéro-péritonite chronique. Après quelques alternatives, la malade succombe dans le marasme dix jours après son entrée.

Nécroscopie. — A l'ouverture de l'abdomen, on trouve le paquet intestinal météorisé. En cherchant à pénétrer dans le petit bassin, on le trouve obstrué par des adhérences du péritoine, lequel est épaissi et tapissé de fausses membranes. En détruisant les adhérences, on tombe dans un clapier rempli d'un détritus purulent de matières grisâtres, putrilagineuses, au milieu desquelles on cherche en vain le corps de la matrice. En touchant par le vagin, on trouve le col de l'utérus non altéré. En pénétrant de force par le museau de tanche, on arrive dans le foyer pelvien, et l'on constate ainsi que l'utérus est détruit jusqu'au voisinage de ses attaches au vagin. Une portion de l'intestin grêle en contact avec le magma cancéreux est dégénérée et perforée. Les autres organes sont à l'état normal.

Voilà donc un cancer bien isolé du corps de l'utérus, qui ne pouvait être soupçonné pendant la vie, vu l'intégrité du col et la péritonite concomitante. Ce n'est point une simple adhérence de l'intestin qui existe ici, mais bien une péritonite suppurée et, de plus, une perforation intestinale.

Je considérais ce fait singulier comme une de ces anomalies que les praticiens, même les plus répandus, ne rencontrent que rarement, lorsque, dans ces derniers temps, le fait suivant est venu se produire à ma clinique.

Cancer isolé du corps de l'utérus; péritonite chronique; kyste péritonéal pris pour un kyste de l'ovaire; nécroscopie.

Obs. II. — Une femme de 62 ans, douée primitivement d'une forte constitution, raconte qu'il y a sept ans environ, et sans cause appréciable, son ventre augmenta de volume graduellement et sans douleur. Elle prit plusieurs purgatifs; mais le mal s'accroissant et la respiration devenant difficile, après deux mois de maladie elle appela un médecin qui reconnut une hydropisie enkystée et pratiqua au flanc gauche une ponction d'où s'écoula un liquide brun et bourbeux.

Au bout de six mois, l'épanchement s'était reproduit aussi considérable et aussi gênant que la première fois. Une nouvelle ponction procura l'écoulement d'un liquide moins épais que précédemment, mais encore trouble et rougeâtre. Cette seconde opération donna lieu à quelques légers symptômes d'irritation péritonéale. Entre autres moyens, des frictions mercurielles furent employées jusqu'à salivation et furent suivies d'une apparence de guérison. Néanmoins, l'abdomen ne tarda pas à enfler de nouveau, de sorte qu'une troisième ponction, devenue nécessaire, fut pratiquée il y a quinze jours, et donna lieu, cette fois, à un écoulement de sérosité citrine et parfaitement limpide. Enfin, une nouvelle récidive oblige la malade à entrer à la clinique le 1er mai 1849.

État actuel : Amaigrissement, pâleur terreuse des maladies chroniques, abdomen proéminent, formant des saillies inégales dont la plus marquée occupe le flanc droit. A la palpation, cette saillie paraît formée par une tumeur intra-abdominale du volume de la tête d'un adulte, élastique, fluctuante, un peu mobile, mate à la percussion, plongeant dans le petit bassin, s'élevant jusqu'à trois travers de doigt de l'angle des fausses côtes droites, et s'étendant transversalement jusque dans le flanc gauche. Au-dessus de cette tumeur, on perçoit au travers des parois abdominales une surface dure, bosselée, paraissant constituée par le foie auquel elle est continue. L'abdomen mesure 83 centimètres au niveau de l'ombilic. Le toucher vaginal n'indique rien de particulier; le col utérin présente la forme, le volume et la consistance de l'état normal; il est un peu déprimé en bas et repoussé

en arrière. Au point correspondant à la paroi antérieure de l'utérus, on perçoit, à travers l'épaisseur du vagin, une saillie élastique qui paraît dépendre de la tumeur iliaque refoulant l'utérus.

Il s'agit donc manifestement d'un kyste abdominal ; mais quel en est le siége ? Procédant par voie d'analyse, et considérant l'extrême fréquence des lésions ovariques, nous concluons à l'existence d'une hydropisie enkystée de l'ovaire droit, compliquée d'hypertrophie du foie. (Frictions iodées, etc.)

Au bout de quelques jours, le volume du ventre et les prières de la malade nous engagent à pratiquer encore une ponction, qui donne issue à deux litres d'un liquide transparent, de couleur citrine. Mais bientôt l'épanchement se reproduit de nouveau ; la diarrhée survient, la malade s'épuise. Nous combattons les symptômes à mesure qu'ils se produisent ; néanmoins la malade s'affaisse graduellement et succombe le 21 mai.

A la nécroscopie, nous constatons, à notre grand étonnement, les particularités suivantes : en ouvrant l'abdomen, on découvre une cavité formée antérieurement par le grand épiploon épaissi, adhérent à la paroi antérieure de l'abdomen, et postérieurement par le paquet des intestins grêles, dont les circonvolutions sont agglomérées et tapissées de fausses membranes. Cette cavité contient environ deux litres de sérosité citrine et limpide. Elle affecte la forme ovoïde, une des extrémités de son grand diamètre correspondant à l'ombilic, et l'autre extrémité reposant sur la fosse iliaque droite et s'étendant dans le petit bassin. En allant à la recherche de l'ovaire dans l'excavation pelvienne, on tombe dans un cloaque rempli d'un magma putrilagineux, fétide, dans lequel semblent s'être fondus et les ovaires et le corps même de l'utérus, qu'on ne trouve plus, sauf une portion du segment inférieur terminé par le col utérin, parties restées parfaitement saines, en apparence. La paroi postérieure de la vessie et la partie antérieure du rectum, formant parois à ce foyer cancéreux, sont épaissis, indurés, tendant au squirrhe.

Le foie est considérablement hypertrophié, sans trace de noyaux cancéreux. Il occupe le tiers supérieur de la cavité abdominale. Toutes ces parties adhèrent plus ou moins étroitement au canal digestif par des pseudo-membranes.

Le tube digestif n'offre à l'intérieur aucune lésion notable ; il est plutôt pâle qu'injecté.

Les reins sont à l'état normal.

Rien de particulier dans les autres parties du corps.

Voilà, certes, une observation bien singulière, et l'on ne comprendrait guère *à priori* comment un cancer de l'utérus peu

simuler une hydropisie enkystée de l'ovaire. Et pourtant il n'a fallu pour cela qu'une péritonite latente donnant lieu, par des adhérences, à un kyste séreux, le tout comme conséquence très naturelle de l'inflammation résultant de la fonte cancéreuse du corps de l'utérus. Mais il a fallu aussi que le col utérin demeurât intact et mît dans l'impossibilité de soupçonner le cancer; car cette femme n'accusait aucun symptôme appelant l'attention vers les organes génitaux que, du reste, l'exploration directe constatait exister à l'état normal. Le moyen de soupçonner même une péritonite chez un sujet qui affirmait n'avoir jamais souffert du ventre, et qui disait avoir suivi les progrès lents et indolents de cette tumeur abdominale, laquelle montrait si bien le kyste de l'ovaire? Remarquez encore que la ponction, après avoir fourni un liquide épais, rougeâtre, comme on en rencontre dans les kystes multiples de l'ovaire, a fini par produire une sérosité citrine, limpide, et non trouble et floconneuse comme l'est d'ordinaire le liquide sécrété par le péritoine enflammé. A travers tant de circonstances insidieuses, comment éviter l'erreur, comment remonter à la source réelle du mal? N'est-ce pas le cas de répéter avec Morgagni, qu'en fait d'observation, on est souvent trompé par les circonstances mêmes qui paraissent le plus susceptibles de vous éclairer?

En somme, voici deux cas de cancer primitif, isolé du corps de l'utérus, observés sur un nombre de 33 cas de cancer utérin que j'ai recueillis sur environ 3,000 femmes qui sont passées à ma clinique depuis bientôt quatorze ans.

Ces deux faits de cancer isolé du corps utérin sont remarquables en ce que :

1° Le col de l'organe paraissait intact, bien que le corps fût arrivé au plus haut degré de désorganisation, à celui de la fonte cancéreuse ;

2° Les désordres consécutifs ne se sont pas bornés à des adhérences avec les organes circonvoisins; ils ont consisté, dans les deux cas, en une péritonite grave, chronique, et de plus :

3° Dans le premier cas, il y a eu complication de perforation intestinale;

4° Dans le second, la péritonite a donné lieu à cette singulière diposition qui simulait, à s'y méprendre, un kyste de l'ovaire;

5° En raison de toutes ces particularités, le cancer du corps utérin a dû nécessairement passer inaperçu.

C'est ce qui fait aussi que les observations de ce genre sont plus curieuses qu'utiles à connaître; car si elles sont appelées à figurer avantageusement dans une collection de cas rares, elles

demeurent stériles pour la pratique, vu l'absence de signes qui puissent faire soupçoner le point de départ des accidents ; de sorte que, les mêmes cas échéant, l'erreur serait également inévitable. Cependant, savoir que de tels faits existent suffit déjà pour induire à les supposer lorsque pareilles circonstances viendront à s'offrir. Le cancer isolé du corps de l'utérus ne peut être diagnostiqué que lorsqu'il a cessé d'être isolé, c'est-à-dire lorsque le col participe à la dégénérescence, comme l'a fort bien dit M. Marjolin. Cependant, il peut être considéré comme très probable, alors que coïncident les signes locaux indiquant une altération de tissu du corps de l'utérus, à savoir : l'augmentation de volume, les déformations, les douleurs, les pertes sanguines, etc., et les signes généraux qui caractérisent la cachexie cancéreuse : l'amaigrissement, la coloration pâle et jaunâtre de la peau, etc. Mais, on est tellement habitué à voir le cancer utérin débuter par la désorganisation du col, que toutes les fois qu'il procède autrement, il passe presque nécessairement méconnu. Puissent nos observations rendre les praticiens plus attentifs. Ce n'est qu'en surprenant pour ainsi dire la maladie à son degré de simplicité qu'on peut espérer parvenir à débrouiller les cas où, comme dans nos deux observations, les progrès de la dégénérescence utérine ont entraîné la péritonite chronique qui, désormais, masque complétement l'affection primitive.

II. — *Du cancer utérin comme cause de distension rénale.*

Le cancer utérin agit sur les organes circonvoisins soit par l'inflammation qu'il provoque, ainsi qu'on l'a vu dans l'article précédent, soit par propagation de la dégénérescence comme cela se voit si souvent à l'égard de la vessie et du rectum, soit enfin par simple effet mécanique. Ce dernier mode d'action, qui paraîtrait devoir se borner aux organes contigus, donne lieu parfois à des effets éloignés ; c'est ainsi que la compression des vaisseaux pelviens peut donner lieu à une infiltration des membres inférieurs qu'il ne faudrait pas confondre avec l'œdème résultant de la cachexie cancéreuse.

Un des effets les plus singuliers de cette compression se réfléchissant au loin est, sans contredit, la formation des kystes rénaux. Ce résultat a été signalé par les auteurs, et M. Rayer s'exprime en ces termes : « La dégénérescence cancéreuse de « l'utérus est une des causes les plus fréquentes de la rétention « de l'urine dans les uretères, et par suite de leur dilatation « et de la dilatation du bassinet et des calices, et enfin de l'a-

« trophie du rein. » (*Mal. des reins*, t. III, p. 486.) Le même auteur rapporte une observation intitulée : « Cancer du rectum « et de l'utérus; dilatation des deux uretères; dilatation des « bassinets. » (*Ibid.*, p. 132.) J'ai donc été quelque peu surpris de voir dans un compte rendu des séances de la Société de biologie dont M. Rayer lui-même est président, qu'un fait de ce genre ait vivement piqué la curiosité de cette honorable compagnie. Il s'agit d'une observation présentée par M. Follin; en février 1849, au sujet de laquelle le savant rapporteur, M. Lebert, s'exprime en ces termes : « Les dilatations considérables du rein, « sous l'influence d'obstacles au cours de l'urine, ne sont pas « assez communs dans la science pour ne point en mentionner « un exemple remarquable. » Le fait est celui d'une femme de 40 ans accouchée précédemment, nonobstant un cancer avancé de l'utérus, chez laquelle une tumeur se dessina dans le flanc gauche et fit des progrès jusqu'à la mort. L'autopsie révéla une énorme tumeur du rein gauche distendu par du liquide, ainsi que l'uretère dont l'extrémité vésicale était enveloppée et comprimée par le cancer utérin. M. Lebert ajoute : « Le développe- « ment de cette tumeur, la difficulté de son diagnostic, sa ra- « reté la rendent l'un des faits les plus curieux de l'histoire des « maladies des reins. »

S'il en est ainsi, nos confrères nous sauront gré peut-être de leur transmettre deux faits analogues qu'il nous a été donné d'observer à notre clinique.

Cancer de l'utérus ; dilatation passive des uretères et des reins.

Obs. III. — Une femme de 46 ans, primitivement de bonne constitution, couturière, entre à la clinique le 20 octobre 1840. Elle raconte qu'il y a cinq mois qu'elle a commencé à perdre insensiblement l'appétit et les forces. Elle présente actuellement une pâleur jaunâtre généralisée, avec un peu de bouffissure de la face et d'œdème des extrémités inférieures. Anorexie, constipation, urines rares ne précipitant pas par l'acide nitrique. Tuméfaction notable du foie, lequel est douloureux à la pression. Respiration normale ; point de fièvre ; rien du côté du cœur. Quant aux organes génitaux, la malade n'accuse qu'un peu de fleurs blanches ; elle dit que ses menstrues sont régulières (tisane nitrée). Bientôt surviennent des vomissements et de la diarrhée (potion de Rivière, frictions de pommade iodurée sur la région hépatique.) Il survient des selles saguinolentes ; les urines coulent involontairement ; la malade exhale une odeur repoussante;

alors seulement le toucher fait constater un cancer du col utérin. La malade s'affaiblit rapidement et succombe huit jours après son entrée à l'hôpital.

Nécroscopie. — Maigreur ; anasarque. A l'ouverture de la cavité abdominale, on trouve que le foie est énormément développé, recouvrant l'estomac et la rate et descendant jusqu'à la crête iliaque droite ; il est simplement hypertrophié, sans vestige d'aucune autre altération ; la vésicule est remplie de bile normale. Le tube digestif n'offre pas d'altération appréciable.

Les deux reins sont très volumineux, décolorés ; les calices et les bassinets sont distendus par un liquide abondant qui dilate également les uretères de manière à leur donner le volume du doigt. La matrice augmentée de volume, bosselée, dégénérée dans toute son étendue, occupe la presque totalité du petit bassin. Le col utérin est végétant, noirâtre, friable. La vessie et la terminaison des uretères sont comprimées par la masse squirrheuse de l'utérus. Il en est de même du rectum. Tel est évidemment la cause directe de la rétention des urines dans les voies urinaires supérieures.

On remarquera combien le diagnostic fut insidieux : la malade portait le cachet de la cachexie cancéreuse, mais elle affirmait que les fonctions génitales étaient régulières. Ce n'est que peu de jours avant la mort que les selles sanguinolentes, l'incontinence d'urines et surtout l'odeur fétide *sui generis* appelèrent l'attention vers le siége réel du mal.

Voici la seconde fois que nous trouvons le foie considérablement augmenté de volume ; quel rapport établir entre le cancer utérin et cette hypertrophie du foie ? N'y a-t-il que simple coïncidence ? Mais ce qui nous intéresse le plus pour le moment, c'est cette double hydronéphrose qui dut nécessairement passer inaperçue, les reins se trouvant recouverts par l'énorme développement du foie.

L'observation suivante est remarquable par d'autres circonstances.

Hydropisie enkystée du rein, résultant de l'oblitération de l'uretère par un cancer utérin.

Obs. IV. — Le 9 septembre 1838 entre à la clinique une femme âgée de 44 ans. Elle raconte qu'il y a six mois, à la suite d'un refroidissement, elle fut prise de douleurs dans les lombes, puis dans les cuisses. Depuis lors elle a cessé d'être réglée ; elle a un écoulement blanc, fétide. Le toucher fait constater une

dégénérescence avancée du col utérin qui est ulcéré, végétant. Il n'y a point eu de pertes sanguines. (Injections détersives, bains, narcotiques, régime léger.)

Les téguments prennent graduellement une teinte jaune terreuse, les extrémités inférieures s'infiltrant, la malade s'épuise graduellement et succombe enfin le 20 janvier, dix mois après l'invasion des premiers accidents.

Nécroscopie. — Le col et une partie du corps de l'utérus, le vagin, la paroi postérieure de la vessie et la paroi antérieure du rectum sont confondus dans une masse dégénérée, ramollie. On découvre dans l'hypochondre droit une tumeur volumineuse, arrondie, offrant de 6 à 7 pouces de diamètre, refoulant le foie auquel elle est unie par quelques adhérences, ainsi qu'au colon transverse en avant. Extraite de l'abdomen, on reconnaît que cette tumeur est formée par un vaste kyste du rein divisé en deux loges principales et rempli d'une sérosité rougeâtre se continuant dans l'uretère, lequel offre une dilatation du volume du doigt depuis le kyste jusqu'au bas-fond de la vessie où il se perd dans la masse cancéreuse. L'artère rénale est atrophiée ; la veine émulgente, au contraire, irradiée en rameaux volumineux sur la tumenr.

Rien de particulier dans les autres organes.

Il est évident que cette hydropisie rénale était le produit tout mécanique de l'oblitération de l'uretère, occasionnée par la dégénérescence cancéreuse.

Dans la première de ces deux observations, les deux reins étaient distendus, mais en proportion modérée ; dans la seconde, le kyste est bien plus volumineux, mais un seul rein est affecté. La distension rénale sera simple ou double, suivant qu'un seul uretère ou les deux seront affectés. Mais suivant l'un ou l'autre cas les phénomènes physiologiques seront différents : l'oblitération d'un seul uretère ne supprime pas complétement la fonction urinaire, l'organe sain suppléant l'autre ; mais lorsqu'il y a oblitération des deux uretères, on ne peut concevoir l'absence de graves accidents et de la fièvre urinaire que par la filtration partielle de l'urine dans la vessie. Toujours est-il que dans les observations de ce genre, publiées jusqu'à ce jour, aucun des malades ne paraît avoir succombé à la rétention d'urine. La complication rénale ne paraît même pas avoir avancé sensiblement la catastrophe. Cette circonstance est d'autant plus heureuse que nous ne voyons pas trop par quel moyen on pourrait remédier à la rétention complète des urines par oblitération des uretères, si ce n'est par une opération grave et chanceuse, la néphrotomie ;

et encore faudrait-il que le diagnostic de cette complication fût moins obscur qu'il ne l'est dans la plupart des cas. Ainsi dans notre première observation la distention rénale était complétement masquée par le développement du foie ; dans la seconde, la tumeur est passée inaperçue, la malade n'ayant jamais accusé rien d'anormal du côté de l'abdomen ; alors même que la tumeur est constatée, l'observateur est assez embarrassé pour déterminer l'organe qui en est le siége, vu l'absence de symptômes patents du côté des voies urinaires.

III. — *De quelques complications assez rares du cancer utérin.*

§ Ier. — Il est un fait aujourd'hui constaté par d'assez nombreuses observations : c'est que la femme peut concevoir et accoucher malgré l'existence d'un cancer utérin. Il est probable cependant que ce privilége est borné au cancer du col, car le travail de fécondation qui peut s'effectuer tant que le col est perméable suppose très vraisemblablement l'intégrité de la cavité utérine pour la descente de l'ovule, la formation de la caduque, etc. Les opérations hasardées de Lisfranc, lesquelles ont donné lieu de constater des conceptions, des grossesses et des accouchements heureux après l'ablation du col utérin, viennent à l'appui de cette opinion.

Quoi qu'il en soit, ce n'est pas chose ordinaire que cette fécondation de l'utérus cancéreux, et un accouchement récent peut très bien justifier les doutes élevés à l'occasion du fait suivant.

Accouchement récent ; cancer utérin avancé.

Obs. V. — En mars 1841 entre à la clinique une femme de 40 ans environ, d'assez bonne constitution en apparence, laquelle est accouchée à terme et sans accident, il y a seulement trois semaines. Elle accuse de la douleur dans la région génitale ; il existe un écoulement assez abondant, blanchâtre et fétide. Une déchirure non cicatrisée existe à la fourchette. Le toucher fait reconnaître une déformation du col dont l'orifice est irrégulier, végétant, comme frangé. La circonstance d'un accouchement récent nous fait concevoir quelques doutes sur la nature cancéreuse de cette affection. La maîtresse sage-femme de l'hôpital civil, mademoiselle L..., est appelée à donner son avis ; elle incline en faveur d'une déchirure multiple du col utérin occasionnée uniquement par le passage du fœtus ; elle invoque comme preuve la déchirure de la fourchette. Je n'en persiste pas moins

dans l'idée que l'altération du col est de nature cancéreuse. En effet, le désordre fait des progrès ; bientôt la malade se plaint d'une incontinence d'urines ; le toucher et l'inspection au spéculum font reconnaître que les urines sortent par le vagin à travers une fistule vésico-vaginale existant près du col utérin et qui est indiquée par une dépression dans laquelle s'engage la pulpe du doigt explorateur (1). La cachexie cancéreuse se développe. La malade désespère de ne pas obtenir de soulagement, passe dans une autre salle où elle ne tarde pas à succomber. L'autopsie fait constater les désordres reconnus pendant la vie.

N'est-il pas probable que le cancer utérin existait lors de la conception ou pour le moins lors de l'accouchement ? et pourtant la grossesse est arrivée à terme. Cette grossesse et cet accouchement heureux ont pu jeter quelque incertitude sur la nature de la lésion utérine constatée trois semaines seulement après la délivrance ; néanmoins les caractères mêmes de cette lésion et la notion de la possibilité de l'évolution normale de la grossesse, nonobstant le cancer utérin, nous ont permis de nous faire une opinion que les événements ont justifiée.

Dans le fait que nous avons extrait des séances de la Société de biologie, la malade était égalemeut accouchée malgré son cancer ; mais il avait fallu inciser légèrement le col utérin, qui refusait de se dilater.

Faut-il admettre que la grossesse retarde la marche du cancer ? Cette opinion me paraît faire trop d'honneur à la nature préservatrice. Est-il vrai que le cancer prend une marche rapide après l'accouchement ? Cela me paraît plus rationnel et s'explique suffisamment par la violence exercée sur les parties malades par le passage du fœtus.

§ II. — Les femmes comme les hommes, peut-être plus que les hommes, sont exposées au cancer du rectum ; car, indépendamment des causes communes aux deux sexes, il existe chez la femme une cause spéciale, c'est la propagation du mal des parties génitales au rectum. La femme est donc sujette à la fois au cancer primitif et au cancer secondaire ou propagé de l'intestin rectum. Dans les cas de complication de ces deux affections, le point de départ est presque toujours aux parties génitales. Cependant le contraire peut avoir lieu ; c'est ce qu'il im-

(1) Il existe actuellement à ma clinique (août 1849) une femme affectée de cancer utérin avec fistule urinaire ; le doigt indicateur pénètre facilement par l'orifice fistuleux et parcoure la surface interne de la vessie revenue sur elle-même.

porte de faire remarquer pour faire éviter l'erreur, peu grave il est vrai, dans laquelle je suis tombé moi-même.

Cancer du vagin et de l'utérus procédant d'un cancer du rectum.

Obs. VI. — Une femme à l'âge du retour se présente à la clinique en mars 1849 ; elle souffre depuis plusieurs années de douleurs pelviennes avec écoulement vaginal ; elle est amaigrie et d'une pâleur jaune terreuse. Notre attention se porte immédiatement vers les organes génitaux. Le toucher fait constater une dégénérescence avancée du vagin, surtout à la paroi postérieure. La désorganisation s'étend en haut jusqu'à la lèvre postérieure du museau de tanche, qui est ulcérée, végétante. En bas, la dégénérescence se répand du vagin sur le périnée et autour de l'anus, ce qui nous explique les douleurs que la malade éprouve en allant à la selle et les pertes sanguines qu'elle fait alors. Nous diagnostiquons un cancer du vagin s'étendant au col utérin et à l'ansu.

Après quelques semaines de séjour à l'hôpital, la malade succombe à l'épuisement et à la douleur, en dépit des moyens rationnels mis en usage.

A la nécroscopie, nous constatons ce que le toucher nous avait permis de reconnaître pendant la vie; mais nous reconnaissons que la dégénérescence du rectum est beaucoup plus avancée et plus étendue que celle du vagin, ce qui nous oblige à reconnaître que le rectum a été le point de départ de la lésion, et que n'est que secondairement que celle-ci s'est étendue au vagin, puis au col utérin.

Les végétations cancéreuses de l'anus indiquaient donc le passage du mal du rectum au vagin et non pas du vagin au rectum, comme nous le supposions. Le toucher rectal aurait-il pu faire éviter cette erreur ? Mais, indépendamment de la douleur vive, insupportable peut-être, que cette manœuvre eût provoquée, est-il prudent de distendre, de déchirer par l'introduction du doigt le rectum dégénéré? Au demeurant, la pratique eût peu gagné à cette rectification qui n'intéressait guère que le diagnostic. Voilà néanmoins une nouvelle cause d'erreur qu'il importe de prévoir et d'éviter.

§ III. — L'observation suivante met en lumière une complication du cancer utérin à peu près ignorée jusqu'à ce jour, d'autant plus ignorée que cette complication constitue par elle-même une maladie d'invention toute nouvelle, ou du moins dont l'histoire a reçu de précieux développements dans ces dernières années; il s'agit de la phlébite dite spontanée ou de cause interne.

Cancer utérin révélé par une phlébite spontanée.

Obs. VII. — Une femme de 39 ans, originairement de bonne constitution, mère de plusieurs enfants, se disant ordinairement bien réglée, prétend avoir toujours joui d'une bonne santé, lorsqu'il y a six semaines elle ressentit des douleurs lombaires qui se propagèrent à l'hypogastre, et plus particulièrement dans la région inguinale gauche. Ces douleurs allèrent en s'aggravant et s'étendirent à tout le membre abdominal gauche dont les mouvements devinrent douloureux, et qui se tuméfia en procédant de haut en bas. Du reste, elle assure que toutes ses fonctions s'exécutent normalement. Des frictions médicamenteuses et quelques ventouses scarifiées sur le membre affecté ont été les seuls moyens mis en usage.

A son entrée à la clinique, le 1er juillet 1849, nous reconnaissons une phlébite spontanée du membre pelvien gauche, lequel est œdématié, douloureux à la pression, surtout dans le trajet des vaisseaux cruraux, où l'on perçoit, dans la région inguinale, un cordon inégal, résistant et volumineux, se perdant sous le ligament de Poupart. Au-dessus et en arrière de celui-ci, on perçoit une tuméfaction obscure, sensible à la pression, due à l'engorgement des glandes et du tissu cellulaire de cette région. La mensuration du membre donne à la partie supérieure de la cuisse 54 centimètres, et au-dessus du genou 39 centimètres (la cuisse droite offrant 40 et 30 centimètres).

A la constation de ces phénomènes se fût borné le diagnostic, si, sachant que la phlébite spontanée est ordinairement liée à quelque affection chronique, nous ne nous fussions pas obstiné à rechercher quelque maladie ancienne. Ne la trouvant pas dans le thorax, dans l'abdomen ou ailleurs, nous eûmes l'idée de pratiquer le toucher vaginal, et à notre grande surprise et satisfaction, nous découvrîmes, en confirmation du principe, un carcinome ulcéré du col utérin, lequel était volumineux, bosselé, végétant, sensible et saignant au toucher. Le col de l'utérus paraît lui-même augmenté de volume, et le mouvement se transmet à la pression de la masse comprise entre le doigt explorateur et la main qui presse sur la tumeur inguinale gauche, laquelle dès lors est reconnue pour un engorgement symptomatique du cancer utérin.

La phlébite spontanée est combattue sucessivement par des saignées locales à l'aine gauche, des cataplasmes émollients et anodins, des bains tièdes, des lavements, des boissons délayantes et une diète légère. Puis on a recours aux onctions mercurielles

et aux doux laxatifs, moyennant quoi la douleur s'apaise, le membre diminue de volume, et la guérison complète de la phlébite spontanée paraît prochaine, lorsque la malade, satisfaite de son état, demande à sortir, onze jours après son entrée, ne conservant qu'un peu d'œdème du membre malade, lequel a diminué de 5 centimètres de circonférence et n'est plus douloureux à la pression. Le carcinome utérin et la tumeur inguinale persistent au même degré.

On a remarqué, dans cette observation, l'absence à peu près complète de signes d'affection utérine, à s'en référer au rapport de la malade, qui se disait bien réglée. C'est la phlébite spontanée qui a mis sur la voie.

Ici surgit la question de savoir s'il y avait phlébite ou seulement coagulation du sang veineux : la douleur initiale et continue, la rénitence, la chaleur du membre, les bons résultats des antiphlogistiques militent en faveur de notre opinion contre celle de quelques auteurs qui, dans les cas analogues, nient l'inflammation veineuse et rapportent tous les phénomènes à la coagulation *spontanée* du sang dans les veines. On pourrait croire, *à priori*, que la tumeur de l'aine a pu comprimer mécaniquement la veine crurale et produire passivement l'œdème; mais les symptômes actifs et la résolution de l'infiltration éloignent cette idée.

§ IV. — Je terminerai ce travail par un fait également rare et curieux, qui paraîtrait appartenir plus particulièrement à la chirurgie, et qui, par cela même, proclame une fois de plus la nécessité, pour le médecin, de ne pas rester étranger aux notions de cette partie de l'art.

Cancer utérin; ganglions inguinaux ; accidents d'origine obscure ; tumeur herniaire confondue avec les ganglions ; réduction de la hernie.

Obs. VIII. — Le 25 juillet 1838, une femme de 52 ans entre à la clinique dans un état de cachexie cancéreuse avancée. La malade fait dater de quatre ans l'origine de son affection. Le toucher fait constater une désorganisation considérable du col de l'utérus ; les ganglions inguinaux sont engorgés, douloureux, formant une agglomération de petites tumeurs rapprochées à côté les unes des autres. Malgré les résolutifs, les fondants, les narcotiques, la maladie fait des progrès. La malade se plaint souvent de douleurs dans l'aine, qu'on rapporte naturellement aux noyaux glanduleux.

Cependant, un jour ces douleurs sont plus vives, la malade gémit, puis apparaissent des coliques, des nausées, des vomissements ; le pouls est petit, fréquent ; les extrémités sont froides. Ces accidents ne paraissent plus en rapport avec la cause supposée des douleurs antécédentes. Soupçonnant quelque étranglement, j'examine avec soin les régions inguinales, et je finis par découvrir, au milieu des ganglions engorgés de l'aine gauche une petite tumeur, du volume des tumeurs ganglionnaires, mais lisse, élastique, dépressible. Je soupçonne une entérocèle, j'exerce le taxis et parviens à réduire cette petite tumeur, qui rentre en produisant du gargouillement. Bientôt tous les accidents disparaissent.

Interrogée avec soin, la malade nous apprend que ses douleurs habituelles augmentaient surtout lorsqu'apparaissait cette petite tumeur, dont la réduction spontanée était suivie de soulagement.

Ce fait démontre combien de minutieuse attention réclame parfois le diagnostic ; si l'on se fût borné à un examen superficiel, si l'on ne fût parvenu à démêler, parmi ces glandes, la tumeur herniaire qui leur ressemblait au premier coup d'œil, cette femme eût pu succomber à un étranglement de cause ignorée.

Il résulte de l'ensemble de ce travail que certaines obscurités et certaines causes d'erreur assez nombreuses et non prévues par les classiques existent encore à l'endroit du diagnostic du cancer utérin, lequel pourtant paraît, *à priori*, si facile à constater.

Mais, de toutes les causes d'erreur, la plus commune, sans contredit, c'est la timidité, la pudeur intempestive d'une part, et de l'autre la circonspection, quelquefois même la répugnance qui font hésiter la femme à confesser ses maux, et le médecin à constater leur existence au moyen du seul procédé qui puisse fournir des notions positives à cet égard, le toucher. Pour nous, nous ne cessons, par nos exemples et par nos préceptes, d'exhorter les jeunes praticiens à marcher droit au but et à procéder à toutes les investigations nécessaires chez la femme, pour peu que l'attention soit dirigée vers une lésion possible des organes génitaux. On ne saurait calculer combien d'erreurs déplorables sont résultées des omissions à cet égard, et combien de malheurs on préviendrait en ne négligeant jamais cet important élément du diagnostic des maladies du sexe, à savoir l'exploration directe et minutieuse des organes affectés.

---

12. *Ovariotomie*; — *succès complet*; — *extirpation des deux ovaires*; par le docteur ACHILLE CHEREAU.

(L'Union médicale, N° 126; 23 octobre 1851.)

Depuis le dernier cas d'ovariotomie que nous avons rapporté dans ce journal (*Union médicale*, n° 30 de la présente année), plusieurs autres ont été consignés dans les journaux anglais ou américains. Si nous ne les avons pas fait connaître à nos lecteurs, c'est qu'ils ne présentaient rien qui les différienciât notablement de leurs prédécesseurs. Nos voisins continuent à pousser cette opération dans la voie hardie que ses admirateurs lui ont tracée, et il faut convenir que si en Angleterre et en Amérique elle trouve de puissants athlètes qui la repoussent avec dédain; d'autres chirurgiens, plus téméraires peut-être, mais non moins habiles, n'hésitent pas à la recevoir comme un dernier refuge contre une thérapeutique désarmée. Il n'est plus permis de douter aujourd'hui que l'ablation complète des ovaires malades puisse être pratiquée, et pratiquée avec succès, et que cette formidable opération, considérée naguère comme un leurre, une folie, une « injustifiable tentative » ne soit suivie, dans certains cas donnés, d'admirables résultats.

Le cas suivant en est un exemple rare. Nous l'empruntons à un journal amérain (*the american Journal of the medical sciences*, n° 42, p. 371). L'auteur, M. le docteur E.-R. Peaslee, chirurgien de l'École médicale de Maine, l'un des états-unis de l'Amérique septentrionale, considère son observation comme *unique*, à cause de l'ablation heureuse des *deux* ovaires. C'est une erreur que nous nous empressons de signaler. Dans les nombreuses notes que nous possédons sur cette question si palpitante d'intérêt, nous trouvons deux exemples dans lesquels les deux ovaires ont été enlevés du même coup. L'un appartient à M. T.-L. Atlee, qui, le 29 juin 1843, enleva sur une jeune femme de 29 ans des kystes hydatidiques envahissant les *deux* ovaires. La malade a parfaitement guéri (Voyez *Amer. med. Journal*, janvier 1843, p. 44); l'autre est relaté par MM. Handyside et Bennet dans une brochure que nous avons sous les yeux et qui est intitulée : *Case of ovarian Dropsy*, Lond. 1846. La malade était âgée de 20 ans; le kyste principal existait à gauche et fut extirpé, ainsi que l'ovaire *droit* qu'on trouva gros comme une noix, et malade. L'opération eut lieu le 5 septembre 1846; mais la malade succomba deux mois après, à une péritonite sub-aiguë accompagnée de rétrécissement intestinal.

Quoi qu'il en soit, cela n'ôte rien à tout l'intérêt qu'offre l'observation de M. Peaslee, puisqu'il s'agit d'une jeune femme qu'une opération hardie est venue soustraire à une existence pleine de misères, et sans aucun doute, vu la rapidité de son affection, à une mort prématurée. En voici une esquisse rapide :

Une demoiselle, miss Sarah, âgée de 25 ans, vit d'abord se développer dans le côté droit du ventre une tumeur paraissant avoir 8 centimètres de diamètre, mobile et sphérique. Cette tumeur augmenta très rapidement, de sorte qu'en six mois de temps elle doubla de volume, n'occasionnant guère qu'une sensation de plénitude sans douleur réelle. Lorsque M. Peaslee vit la malade, l'abdomen, très proéminant, présentait, au niveau des hanches, 78 centimètres de circonférence, et manifestait une grande fluctuation dans toutes les parties. Le doigt, introduit dans le vagin, perçoit, vers la région ovarique gauche, une tumeur fluctuante et lobulée qu'on découvre aussi en explorant le rectum.

Divers moyens curatifs ayant été mis en usage sans succès, pour sinon guérir, du moins améliorer cette affection, M. Peaslee se décida, sur les instances de sa malade et après avoir pris conseil de deux confrères, à pratiquer l'ovariotomie le 21 septembre 1850.

La patiente fut placée sur une table, les pieds tournés vers une fenêtre et appuyés sur une chaise, la tête et les épaules soutenues par des oreillers, de manière à ce que le corps présente un plan incliné. L'anesthésie fut amenée ici au moyen d'un mélange de douze parties d'éther sulfurique et d'une partie de chloroforme. La ligne que devait suivre le bistouri ayant été tracée avec le nitrate d'argent à 4 centimètres au-dessous de l'ombilic, près la ligne blanche, jusqu'à la symphise du pubis, le chirurgien divisa la peau et le fascia superficialis scrupuleusement dans cette direction, c'est-à-dire dans une étendue de 18 centimètres environ. Puis on incisa avec un grand soin les aponévroses abdominales dans une étendue de 1 centimètre, à 6 centimètres au-dessous de l'ombilic, de manière à tomber sur la ligne blanche, précisément entre les muscles droits. On parvint ainsi au fascia transversalis et au péritoine qu'on incisa assez largement pour pouvoir introduire la main dans la cavité ventrale. Il fut reconnu que la masse morbide n'adhérait aux parois abdominales que dans une étendue de 4 centimètres carrés, au point même où quelques jours auparavant la main avait senti, en palpant le ventre, cette sensation de « froissement » indiquée par un médecin anglais comme preuve d'adhé-

rences. Un bistouri plongé dans le sac donna issue à 11 kilogrammes de sérosité ; l'incision de l'aponévrose abdominale fut prolongée de manière à correspondre en étendue à celle des parois du ventre ; le kyste, affaissé sur lui-même, fut facilement débarrassé de ses légères adhérences, attiré en dehors, tenu là d'une main sûre, et son pédicule étreint dans une double ligature, puis tranché. C'était l'ovaire *gauche*. Le *droit* fut trouvé aussi transformé en une petite masse morbide de la grosseur d'un œuf de poule, et enlevé comme son congénère. L'opération étant terminée, les lèvres de la plaie furent réunies au moyen de cinq ligatures et soutenues par un bandage convenable.

Durant cette opération, qui dura en tout près de deux heures, il ne survint aucun accident digne d'être noté. Seulement, après la première incision, celle des parois abdominales, la malade fut prise de violents efforts de vomissements qu'on attribua aux anesthésiques. Ceux-ci furent discontinués à partir de ce moment, et la patiente supporta toutes les douleurs de l'opération.

Nous ne croyons pas devoir entrer dans tous les détails minutieux de cette malade depuis le moment où elle fut remise dans son lit jusqu'à sa guérison complète. Aucun accident sérieux ne surgit pendant le travail de cicatrisation, et le 30 octobre, quarante jours après l'opération, miss Sarah « ne s'était jamais si bien portée ; » ce sont ses propres expressions.

La première ligature tomba le 7 novembre, la seconde le 16, la troisième le 29, et les autres quelques jours après. La plaie se cicatrisa complétement. Les règles ne reparurent plus par une raison toute simple, que les deux excitateurs de cette fonction, les ovaires avaient été enlevés. Le pouls ne s'éleva jamais au-dessus de 120 ; la réaction ne dura que cinq heures.

Une coïncidence curieuse, c'est que cette malade était la nièce (par alliance seulement) d'une nommée Strotbribge, opérée aussi de l'ovariotomie, le 5 juillet 1820, par M. Nathan Smith.

MALADIES DES ENFANTS.

13. *Mémoire sur quelques parties de l'histoire de la bronchite et de la broncho-pneumonie chez les enfants*; par les docteurs E. Barthez et F. Rilliet, médecins des hôpitaux de Paris et de Genève.

Suite et fin : *voir* t. X, octobre, 1851, p. 95.

(Archives générales de Médecine, novembre 1851.)

Léger catarrhe nasal et bronchique ; début subit de congestion sur le poumon, avec bronchite capillaire ; disparition de la lésion pulmonaire en vingt-quatre heures. Guérison complète en deux jours et demi.

Obs. V. — L..., garçon, âgé de 8 mois, est robuste, et sa constitution est bonne, quoiqu'il porte les traits du tempérament lymphatique. Habituellement bien portant, il est cependant sujet à des catarrhes légers des narines et des bronches. Un de ces rhumes débuta dans les premiers jours de juin, et le docteur Vigla, qui vit l'enfant le 7, au matin, constata un catarrhe nasal et bronchique fort peu intense. Il entendit des deux côtés de la poitrine, en arrière, des râles sibilants et sous-crépitants, ces derniers disséminés des deux côtés, mais avec prédominance à droite, à la base. Trouvant, du reste, que l'enfant était sans fièvre, qu'il toussait médiocrement, ne présentait aucun symptôme grave, il remit sa prochaine visite à deux jours plus tard ; mais dans l'après-midi, et tout à coup, une fièvre très vive survint, avec une oppression extrême, avec toux fréquente et un très grand accablement. Du sirop d'ipécacuanha, immédiatement donné par la mère amena des vomissements.

Deux heures après environ, je vis l'enfant avec M. Vigla. Nous le trouvâmes dans un état d'abattement extrême, et ne s'occupant nullement de ce qui se passait autour de lui. Couché dans les bras de sa nourrice, il faisait avec sa tête un continuel mouvement de va-et-vient ; si on l'asseyait, sa tête s'inclinait sans force, et retombait d'un côté ou de l'autre ; ses paupières étaient abaissées, et il semblait avoir de la peine à les soulever ; il était, en un mot, très affaissé et sous l'influence d'une véritable oppression des forces.

La figure était pâle sur les joues, les lèvres étaient décolorées ; un mucus épais, jaunâtre, abondant et gluant, obstruait les narines, et s'était en partie concrété sur leurs bords ; les ailes du nez se dilataient à chaque inspiration, qui était petite, incom-

plète, pénible; l'expiration était arrêtée et comme crachée ; les mouvements respiratoires, assez irréguliers, se répétaient 54 fois par minute.

Le pouls battait 156 fois ; il était régulier, assez petit, médiocrement résistant ; la chaleur était vive, brûlante, sèche presque partout, bien qu'il y eût un peu de moiteur dans quelques parties du corps.

La toux était assez fréquente, petite incomplète, quoique assez grasse ; sans timbre particulier, la voix était claire et encore forte.

L'oreille appliquée sur le devant de la poitrine, entendait, dans toute la hauteur, un râle sibilant peu intense, ne cachant pas le bruit respiratoire, qui était fort, et mélangé à droite seulement de quelques bulles d'un gros râle muqueux. En arrière, à gauche, les mêmes râles sibilant et muqueux mélangés existaient plus abondants dans toute la hauteur; mais la respiration n'était pas dissimulée par ces bruits. A droite, le râle sibilant, plus fort, plus abondant, mêlé de quelques bulles de gros râle sous-crépitant, masquait le bruit respiratoire. L'expansion pulmonaire était presque nulle; évidemment l'air ne pénétrait qu'incomplétement et avec peine dans les vésicules. A la base du même côté, dans l'étendue de deux travers de doigt, on n'entendait que du râle sous-crépitant plus abondant et moins gros que dans les autres parties de la poitrine ; là aussi l'expiration avait un très léger timbre bronchique, et la sonorité était un peu moindre que partout ailleurs où elle était normale.

La langue était humide, nette, un peu rouge à la pointe ; les gencives étaient à l'état naturel ; l'enfant demandait le sein à chaque instant, et tétait beaucoup ; le ventre était à l'état le plus naturel. (Sirop d'ipécacuanha répété jusqu'à vomissements abondants ; après les vomissements terminés, potion avec la décoction de polygala, 60 grammes, et de kermès, 0,05 ; vésicatoire sur le côté droit de la poitrine, laissé pendant quatre heures, et remplacé par un cataplasme.) L'ipécacuanha amène des vomissements faciles et abondants, composés de lait et de quelques mucosités. La potion de polygala n'est prise qu'à moitié. Le vésicatoire a soulevé l'épiderme au bout de quatre heures d'application. La nuit est agitée et sans sommeil,

Le lendemain matin, l'état de l'enfant est empiré ; il est plus abattu et a l'air plus souffrant; le pouls s'est élevé à 172, régulier et petit; la respiration est à 68-70, très courte et très incomplète ; le mucus qui obstrue les narines est plus ténu, plus liquide, plus blanchâtre; la toux est moins fréquente, toujours

incomplète, courte ; la voix est toujours claire ; les mêmes râles sibilant et sous-crépitant existent partout ; en arrière à droite, le bruit respiratoire est encore moins sensible que la veille derrière les râles ; le point où a été perçu l'expiration bronchique est un peu plus étendu.

L'enfant rejette avec facilité quelques mucosités, et le lait qu'il prend en abondance ; on obtient avec peine de la nourrice qu'elle en donne moins souvent. (Sirop d'ipéca, 15 grammes mêlé à 0,30 de poudre d'ipécacuanha à prendre de suite ; après les vomissements, donner chaque heure 0,05 de calomel. A la suite de ce traitement, les vomissements sont abondants, laiteux, mêlés de peu de mucosités ; trois paquets seulement de calomel sont pris, et suivis de l'évacuation trois fois répétés de matières demi-liquides, à peine verdâtres.

Le soir du même jour (c'est-à-dire vingt-six heures après le début, et vingt-quatre heures après le premier examen), l'état général est sensiblement le même que le matin ; mais l'auscultation donne des résultats notablement différents. La râle sibilant a disparu partout en arrière ; le râle sous-crépitant persiste seul, mais il est rare ; à la base droite, on entend un râle bullaire très fin est très abondant ; l'expiration bronchique n'existe plus, et partout, de ce côté, l'expansion vésiculaire est un peu plus perceptible que le matin ; la sonorité, à la base, est à peu près égale à celle du côté opposé.

La toux est encore courte, brève, incomplète ; mais elle a amené deux ou trois petits crachats muqueux, épais, jaunâtres. (Bain à 27° R., pendant un quart d'heure ; 0,025 de tartre stibié dans 30 grammes d'eau, par cuillerées à café, de dix en dix minutes.) Le bain est bien supporté ; mais, à la suite, l'enfant conserve son agitation. Des vomissements assez nombreux suivent l'administration de l'émétique ; il y a aussi plusieurs selles liquides. La nuit est encore agitée est à peu près sans sommeil.

Le 9, au matin, nous trouvons l'enfant dans un état meilleur, qui frappe immédiatement la vue. Les paupières sont bien ouvertes et mobiles ; les narines, moins dilatées à chaque inspiration, ne sont plus obstruées par le mucus, qui est bien moins abondant. L'enfant s'occupe de ce qui l'environne, joue avec ma clef de montre ; ses traits sont calmes, non abattus ; les forces sont encore déprimées, mais sa tête ne tombe plus de côté et d'autre ; il y a toujours de la pâleur, cependant on distingue une légère nuance rose sur les joues. Le pouls, qui bat 156 à 160 par minute, est régulier et un peu plus développé que la veille ; la chaleur est moins vive, la peau est légèrement moite ;

la respiration, calme, moins irrégulière, non bruyante, non crachée à l'expiration, est à 48 dans un moment de calme parfait.

En arrière, à gauche, le bruit respiratoire est presque pur, à peine perçoit-on quelques bulles de râles par places ; à droite, la sonorité est, à peu près, la même qu'à gauche. La partie supérieure du poumon est tout à fait débarrassée, et la respiration est pure ; à la partie inférieure, on trouve du râle sous-crépitant assez abondant, mais moins fort que la veille. La toux est fréquente, grasse, et parfois suivie du rejet de mucosités jaunâtres. L'état du ventre et de la bouche est naturel. L'enfant boit avec avidité, à chaque instant, et rejette fréquemment le lait de la nourrice ; il conserve mieux l'eau sucrée. (Bain tiède ; 0,20 de calomel en quatre fois chaque deux heures.) Le bain est bien supporté ; l'enfant est très calme à la suite ; il a dans la journée deux garde-robes, dont l'une verte. Le soir du même jour, c'est-à-dire quarante-huit heures après le début, l'état s'est encore amélioré ; le râle sous-crépitant est moins abondant, la sonorité est égale des deux côtés de la poitrine.

Le lendemain, nous trouvons l'enfant dormant d'un sommeil très paisible ; son pouls est à 152, régulier, assez fort ; la chaleur est moindre et presque naturelle, la peau est moite.

L'enfant se réveille calme, paisible, un peu faible.

L'auscultation fait percevoir une respiration pure dans toutes les parties de la poitrine ; nulle part il n'y a une seule bulle de râle.

Le soir, la respiration est à 30, le pouls à 140. La convalescence et parfaitement établie. La nuit suivante, le sommeil est excellent, et le lendemain matin, l'enfant, sauf un peu de faiblesse et d'amaigrissement, est revenu à son état normal ; il tousse à peine, et sa respiration est tout à fait pure, sauf peut-être quelques rares craquements. La bonne santé continua les jours suivants.

Remarques. Ce fait, considéré au point de vue de l'observation générale et en dehors des signes stéthoscopiques, doit être rangé parmi les catarrhes suffocants : aucun doute à cet égard. En effet, un enfant sujet au coryza et à des rhumes légers est pris, pendant le cours d'une bronchite légère, d'accidents aussi graves que subits, dans lesquels dominent l'oppression et la fièvre. La sécrétion nasale augmente et indique ce qui se passe dans la poitrine; les accidents formidables diminuent en moins de deux jours, et le troisième, l'enfant est guéri, le larynx est intact, ainsi que le

prouve la clarté conservée de la voix et de la toux ; évidemment le mal principal siége dans la poitrine.

D'autre part, l'auscultation avait démontré l'existence d'une bronchite à râles sifflants et bullaires mélangés, et deux heures après l'apparition des accidents aigus, on ne constate de différence réelle et bien appréciable qu'à deux égards : absence de l'expansion pulmonaire partout à droite, diminution de la sonorité et légère expiration bronchique à la base.

Le premier de ces symptômes annonçait peut-être une augmentation de la quantité du mucus visqueux et adhérent, et son siége dans un bon nombre des capillaires aériens. Mais cette respiration imparfaite serait tout aussi bien expliquée, comme nous le disions au commencement de ce mémoire, par une congestion rapide portant spécialement sur la muqueuse des petites bronches, et déterminant le rétrécissement de leur calibre. Nous trouvons dans les considérations suivantes quelques preuves à l'appui de cette idée.

Quelle était, en effet, la signification de cette respiration bronchique venue si subitement, et marquant, pour ainsi dire, le début des accidents aigus ? Était-elle la preuve d'une pneumonie dans le sens réel du mot, c'est-à-dire d'une hépatisation ? Mais l'hépatisation ne s'établit pas si rapidement, et surtout elle exige plus de vingt-quatre heures pour accomplir toutes ces périodes. Constituée par un épanchement de produits plastiques, il lui faut un temps d'accroissement, d'état et de décroissance, comme dans toute inflammation confirmée. S'il est impossible d'admettre une hépatisation arrivée au second degré et avortée en vingt-six heures, peut-on plus légitimement y reconnaître les symptômes du premier degré de cette lésion, c'est-à-dire de l'engouement pulmonaire ? Mais dans l'engouement, les vésicules contiennent encore de l'air, le poumon n'est pas solidifié, on entend du râle crépitant et l'on ne s'aurait constater de la respiration bronchique et de la matité. S'agissait-il enfin d'une pleurésie avec léger épanchement ? Mais la présence des râles superficiels et la rapidité de la résolution détruisent cette idée.

Il faut cependant admettre une lésion telle que l'air ne pénétrait plus dans les vésicules, qu'une portion du poumon s'était condensée, et était devenue capable de transmettre les bruits bronchiques. Or il n'y a qu'une seule manière de comprendre cette solidification si subite et si passagère du poumon, une congestion active et soudaine s'est faite dans le parenchyme et autour des vésicules : cette fluxion, analogue à celle dont nous parlions plus haut, à propos des narines, du larynx et des bronches, a

pour résultat immédiat de chasser l'air contenu dans les vésicules et de s'opposer à son introduction ultérieure. Puis, comme un caractère de ces hyperémies si subites est de pouvoir s'évanouir avec rapidité, dès le lendemain elle s'était dissipée, pour faire place à une sécrétion muqueuse, siégeant dans les plus petites extrémités bronchiques et peut-être dans les vésisules, sécrétion prouvée par un râle sous-crépitant des plus fins.

Si nous n'avions que le fait qui précède pour appuyer notre opinion, nous ne la produirions qu'avec une extrême réserve; mais l'anatomie pathologique est venue démontrer sa vérité. Depuis le remarquable travail publié par MM. Legendre et Bailly, il est impossible de nier l'existence d'un état congestif, qui n'est pas l'hépatisation, qui n'est pas davantage l'engouement, qu'on a confondu avec la véritable pneumonie, et dans lequel le tissu pulmonaire est devenu solide, imperméable à l'air ; état susceptible de disparaître en quelques instants et avec facilité sous l'influence d'inspirations profondes pendant la vie, ou de l'insufflation artificielle de l'air après la mort.

Les recherches que nous avons faites à cet égard confirment les travaux de ces deux pathologistes ; seulement elles nous ont prouvé, contrairement à leur opinion, que cette congestion n'est pas toujours lente, consécutive au catarrhe capillaire, et ne résulte pas nécessairement de la faiblesse de l'enfant et de son séjour prolongé sur le dos. Elle survient aussi chez les enfants robustes, au début d'un catarrhe suffocant, et elle peut être simultanée à l'affection des bronches. Le fait que nous venons de citer en est un exemple ; la congestion a signalé le début des accidents aigus, et a peut-être précédé le catarrhe des plus petites bronches, puisque le râle très fin n'a été perçu que le lendemain du jour où nous avons entendu l'expiration bronchique. Bornée sans doute à la membrane muqueuse dans la partie supérieure du poumon, elle a envahi en outre le parenchyme à la base. Une circonstance qui caractérise le fait actuel est l'étendue de la congestion, ou, si l'on veut, sa généralisation très rapide, qui l'a rendue, dès l'origine, perceptible à l'oreille : car d'ordinaire elle est d'abord partielle et disséminée ; en sorte qu'elle échappe à l'auscultation, et que l'autopsie seule la démontre, à moins que la maladie n'ait une certaine durée.

Cette congestion, liée à la bronchite capillaire et vésiculaire, s'accorde très bien avec la respiration courte, irrégulière, incomplète, et si fréquemmeut répétée, habituelle au catarrhe suffocant. Elle a existé dans le cas actuel tant que les mouvements respiratoires ont eu ce caractère, tant que la toux a été peu fré-

quente, petite, incomplète et sèche, malgré les mucosités qui existaient bien réellement dans les bronches de la base ; elle a disparu au contraire dès que l'enfant a pu faire des inspirations plus profondes, et dès que les efforts de toux ont pu expulser une partie des mucosités et permettre à l'air et pénétrer dans les vésicules.

Dans les cas pareils à celui-ci, les forces ne sont pas détruites, elles sont opprimées, dissimulées ; mais l'effet local qui résulte de cette oppression des forces est le même à peu près que celui que détermine une faiblesse réelle. Alors aussi, les vésicules ou les petites bronches étant obstruées, l'enfant ne pouvant vaincre l'obstacle opposé à la colonne d'air, il en résulte une stagnation du sang dans les capillaires, congestion consécutive et souvent hypostatique, laquelle a une grande ressemblance avec celle dont nous venons de parler, et peut, comme elle, disparaître si la respiration se relève.

On comprend facilement combien il est utile de peser attentivement toutes ces circonstances ; chacune d'elles fournit une indication thérapeutique, et ces indications se contrarient quelquefois. Dans des maladies aussi graves, l'erreur peut être fatale, et il est d'autant plus pénible de la commettre qu'il n'existe pas une de ces lésions qui détruisent les organes et sont par là même au-dessus des ressources de l'art. Le plus souvent, en effet, tout le danger consiste dans l'obstacle apporté à la circulation de l'air ; cet obstacle enlevé, comme pourrait l'être un corps étranger, il ne reste au delà presque rien qui s'oppose au retour à la santé.

Une des conditions les plus importantes à rechercher est certainement l'état des forces. Il est indispensable de distinguer si elles sont seulement opprimées et dissimulées, ou si elles manquent réellement. Chez un enfant déjà âgé, primitivement robuste, dont le catarrhe broncho-pulmonaire est accompagné d'une congestion active, lorsque les bronches ne sont pas encore obstruées par un mucus très abondant, une émission sanguine est utile (IIIe obs.). Mais, si déjà des râles fins annoncent la formation imminente des mucosités, si cette marche de la maladie est annoncée par l'abondance des sécrétions nasales (V^e obs.), on doit se défier de l'effet débilitant des émissions sanguines, et quoiqu'elles soient possibles et peut-être utiles dans ce cas, il vaut mieux réserver les forces réelles de l'enfant pour la lutte qu'il devra soutenir contre l'accumulation des liquides bronchiques. Alors les vomitifs déterminent une perte de forces suffisantes, en même temps que les secousses qu'ils occasionnent

peuvent détourner la congestion ou amener des inspirations profondes, capables à elles seules de vaincre les effets de la fluxion sanguine.

Ces larges inspirations sont aussi favorisées par les bains, qui causent parfois des accès de toux, dont le premier temps est une inspiration énergique ; qui ont en outre l'avantage d'atténuer la chaleur fébrile, et de diminuer cet excès d'irritation qui opprime les forces.

Les révulsifs cutanés agissent aussi avec une utile énergie, et leur action est d'autant plus manifeste dans les cas de cette nature, que la fluxion (pour nous servir de l'expression de F.-J. Barthez) n'est pas encore fixée.

Ces trois moyens, vomitifs, bains, révulsifs cutanés, sont encore utiles, dès que les mucosités sont abondantes, et que les forces étant encore conservées, il survient une de ces congestions, moitié active et moitié passive, dont nous parlions tout à l'heure. Dans ce cas aussi, l'émission sanguine est encore praticable ; mais elle exige une réserve et une prudence excessive.

Enfin, les forces sont-elles réellement déprimées, l'asphyxie est-elle réellement imminente par l'abondance des mucosités, par la congestion passive, ou par le défaut d'énergie, les révulsifs cutanés et les toniques excitants (Ie obs.) peuvent rendre les plus grands services.

Mais nous ne voulons pas insister sur ces considérations thérapeutiques, auxquelles nous donnerons toute l'extension désirable dans une autre occasion.

Le fait qui précède est un exemple de catarrhe nasal et bronchique avec congestion rapide et passagère sur le poumon. L'observation suivante démontrera que cette congestion peut se répéter à courts intervalles, et qu'elle peut être concomitante d'une véritable hépatisation partielle, qui, elle-même, mérite alors le nom de catarrhale.

Rougeole, broncho-pneumonie ; guérison.

Obs. VI.—S..., garçon âgé de 2 ans 4 mois, est lymphatique, mais grand et robuste. Le 10 mars, il est pris, au milieu de la bonne santé, de coryza et de bronchite légère, qui durent jusqu'au 24. Le soir de ce jour, au retour de la promenade, il survient un violent accès de fièvre avec augmentation de la toux ; agitation. Le lendemain soir, il s'y joint des éternuments ; le pouls est à 150, régulier, fort ; la respiration est fréquente, le bruit respiratoire est pur partout. Une cuillerée à bouche de

sirop d'ipécacuanha amène des vomissements assez abondants et faciles, au milieu desquels on distingue quelques crachats muqueux jaunâtres, épais.

Les 3e et 4e jours, les symptômes persistent sans modification importante ; on donne quelques cuillerées d'un looch blanc avec addition de 0,05 de kermès. Dans la journée du 4e jour, il paraît et disparaît, sur la figure, quelques petites taches rouges, caractéristiques d'une rougeole irrégulière ; en même temps, l'aspect de la maladie se modifie. La conjonctive, le bord des paupières et des narines, sont un peu rouges et gonflés, ce qui donne à l'enfant, au plus haut point, et sauf l'éruption, l'aspect rubéolique ; le voile du palais, sans être gonflé, est marbré de rouge.

La fièvre persiste toujours au même degré et avec la même forme ; la colère et l'agitation sont continuelles : l'enfant ne veut pas rester dans son lit, il est constamment tenu sur les genoux de sa nourrice, mais bien enveloppé dans des couvertures chaudes, et dans une chambre maintenue soigneusement à la même température. Pendant la nuit, l'agitation persiste, il y a peu de sommeil. Dans cette nuit, qui est celle du 5e jour, la toux augmente considérablement, et la chaleur est plus vive que d'ordinaire. Cependant le matin l'aspect n'a pas changé : la figure présente la même apparence rubéolique sans éruption, les éternuments continuent. L'auscultation ne fournit aucun symptôme ; la toux et la respiration sont fréquentes : celle-ci est un peu difficile, arrêtée, bruyante, et comme crachée à l'expiration. La fièvre est toujours vive, le pouls à 148 ; la peau est chaude sans sécheresse.

Un vomitif est donné, et amène des vomissements abondants de matières aqueuses mêlées de crachats jaunes, épais, nummulaires, arrondis et déchiquetés sur leurs bords, bien distincts des liquides environnants, et qui rappellent tout à fait ceux de la rougeole chez les adultes ; les derniers vomissements contiennent un peu de bile verdâtre. Dans la journée, il y a trois selles liquides jaunes assez abondantes.

Le 6e jour. Pendant la nuit, l'enfant a un violent accès de fièvre, et l'éruption paraît sur la figure. Le matin, elle est gonflée, couverte de taches d'un rouge vif, peu ou pas saillantes, de largeur différente, déchiquetées sur leurs bords ; la peau qui les sépare est rosée. Le bord des paupières et des narines est toujours rouge et gonflé ; le mucus nasal est abondant et assez épais. L'éruption couvre la partie supérieure du cou, mais n'existe pas encore sur le tronc ni les membres ; la gorge est marbrée de rouge. La peau est toujours chaude, moite, sudorale, même sur la tête et quelques autres parties du corps, telles que les ais-

selles, les lèvres. Le pouls est à 140, large, assez plein et régulier. La toux est toujours abondante et grasse ; la respiration est pure partout, et la percussion sonore : cependant, pour la première fois, dans le bas de l'espace interscapulaire, à droite, je crois percevoir un peu de diminution de la sonorité dans un très petit espace, et, à ce point précis, une expiration un peu sèche, tendant à être bronchique, sans râle. La langue est humide, peu rouge ; la soif est assez vive, l'appétit nul ; le ventre souple, indolent, normal ; pas de selles dans la nuit. Il y a toujours beaucoup d'agitation et de colère ; on a de la peine à tenir l'enfant dans son lit. (Continuation du looch avec kermès.) Dans la journée, le mouvement fébrile tombe un peu, la chaleur est moins vive ; l'enfant est plus calme ; il a eu deux ou trois selles liquides muqueuses et verdâtres.

Le 30 mars au soir, commencement du 7e jour. Je trouve l'enfant au milieu de cette rémission ; il est couché dans son lit, assez tranquille, la peau peu chaude, sudorale, le pouls toujours élevé et fréquent, la respiration arrêtée à l'expiration. Les taches rubéoliques se sont à peine étendues sur le tronc, et commencent à paraître sur les membres ; elles y sont petites, pâles, peu saillantes. Même résultat d'auscultation que le matin ; en outre, je perçois, pour la première fois, un peu de râle sous-crépitant, fugace, et peu abondant, aux mêmes points où j'entends l'expiration bronchique, qui est manifeste.

Dans la nuit il y a un accès de fièvre violent. La toux est toujours fréquente, et tantôt grasse, tantôt sèche ; la voix un peu voilée. Plusieurs selles en dévoiement.

Le matin, l'enfant est chaud, brûlant, avec moiteur ; abattement. Le pouls est à 140 régulier ; la respiration, accélérée, présente les mêmes caractères. Les rougeurs se sont montrées sur les membres, mais elles y sont pâles, petites, peu abondantes ; elles le sont davantage sur le tronc, et notamment sur le ventre, elles ont déjà pâli un peu sur la figure. Somme toute, bien que l'éruption ait été assez étendue, elle ne suit pas sa marche régulière. Même résultat d'auscultation que la veille, sauf un peu d'augmentation dans l'étendue du râle. L'enfant refuse absolument le looch au kermès, qui est remplacé par l'oxyde blanc d'antimoine. Dans la journée, la diarrhée diminue ; il n'y a guère qu'une selle en dévoiement. Une nouvelle exacerbation de fièvre a lieu dans le milieu du jour ; elle est tombée le soir.

Le 8e jour. Dans la nuit, il survient un nouvel accès de fièvre ; le pouls monte pour la première fois à 160 pulsations. La peau est brûlante et assez sèche ; la respiration est très courte, à 60

par minute. Le matin, l'éruption est à peu près éteinte ; on en trouve à peine des traces sur la figure, qui est d'un rouge très vif; il reste sur les cuisses quelques taches pâles et isolées. La peau est très chaude, cependant il y a une moiteur abondante. Le pouls est à 148, régulier, assez fort ; la respiration est à 50, inégale, irrégulière, crachée. La voix est éteinte, enrouée ; la toux est très fréquente, un peu rauque. Le râle sous-crépitant s'est étendu des deux côtés à la base, dans le tiers environ de la hauteur ; du côté droit, il s'élève jusqu'au bas de l'espace interscapulaire, là où existait et où se trouve encore de l'expiration bronchique avec diminution de la sonorité. 25 centigrammes d'ipécacuanha, immédiatement donnés, amènent des vomissements abondants de mucosités.

Le 9e jour. La fièvre persiste, ainsi que les autres symptômes ; seulement la respiration bronchique s'est étendue à droite jusqu'à la base ; le râle est en même temps plus fin dans cet endroit. Le ventre est toujours peu développé, souple, indolent ; les urines sont rares et foncées ; une garde-robe liquide est rendue; l'éruption n'existe plus. Une nouvelle dose d'ipécacuanha fournit les mêmes résultats que le matin.

Dans la nuit, nouvelle exacerbation de la fièvre. Le pouls est à 160 ; la respiration à 60, très courte à l'inspiration, très longue à l'expiration. La toux est fréquente, grasse, et un peu rauque ; la voix toujours voilée. Un vomitif, donné au milieu de la nuit, détermine des vomissements abondants et sans secousses. Cependant la fièvre continue, l'agitation augmente, et le matin, la respiration bronchique est encore plus étendue que la veille ; les râles sont plus abondants. L'enfant est pâle et fatigué ; toutefois il n'a pas perdu un seul instant son intelligence ni son caractère. (Tartre stibié, 25 milligrammes dans deux cuillerées d'eau, en deux fois, à un quart d'heure d'intervalle.) A la suite de cette prise, il survient des vomissements abondants de mucosités grumeleuses et blanchâtres mêlées à la boisson. Ces vomissements sont suivis d'un peu de calme, et, deux heures après, le pouls est à 132 pulsations; la respiration, plus ample à son premier mouvement, se fait 36 fois par minute. L'auscultation fait percevoir très peu de râles; la respiration bronchique a diminué à la base.

Le soir, c'est-à-dire au commencement du 10e jour, la respiration est à 28, le pouls à 132. La chaleur, toujours moite, est moins vive. La figure est calme, très peu colorée. A l'auscultation, il n'y a plus de râles ; la respiration bronchique est bornée à l'endroit où elle existait tout d'abord, c'est-à-dire au niveau du

bas de l'espace interscapulaire droit : elle a disparu à la base, et là la respiration est pure et la sonorité pareille à celle du côté opposé. Quelques heures plus tard, au commencement de la nuit, la fièvre reparaît, le pouls remonte à 160 pulsations ; la chaleur est vive et plus sèche. La figure est rouge, surtout du côté droit ; la respiration redevient fréquente et brève. Cependant l'enfant s'endort, et le sommeil est assez paisible, quoique fréquemment interrompu par une toux grasse. Vers deux heures du matin, l'enfant est éveillé par une quinte de toux longue, pénible et fatigante, qui l'agite et le tourmente. On lui donne alors 5 centigrammes d'émétique dans quatre cuillerées d'eau, en quatre fois, à dix minutes d'intervalle. Cette prise est suivie de vomissements répétés pendant une heure et demie ; ils sont composés de la boisson et de mucosités abondantes. Aucun repos ne suit cette évacuation ; l'enfant est au contraire beaucoup plus abattu et déprimé, et pendant toute la journée, la fièvre persiste vive, la chaleur est sèche, la toux est fréquente, tantôt sèche, tantôt humide. La respiration est à 50, irrégulière, crachée. Le souffle bronchique a reparu à la base du côté droit ; il persiste toujours à l'espace interscapulaire. On perçoit aussi du râle sous-crépitant, mais moins abondant que dans le 8e jour ; il existe dans tout ce côté surtout, il est moins nombreux à gauche.

Ce jour même, le soir, commencement du 11e jour, l'enfant étant dans l'état que je viens de dire, on lui donne un bain à 29° R. Il y reste 11 minutes, sans cesser presque de tousser, puis demande à en sortir. A la suite, il reste assez calme pendant quelques instants, et est bientôt pris d'une crise qui dure deux à trois heures, pendant laquelle il y a difficulté extrême à respirer, toux continuelle, plaintes incessantes, menaces de suffocation et de défaillance. Cependant cette crise se calme spontanément, et, vers dix heures du soir, je trouve l'enfant endormi. Son sommeil est calme est assez rarement coupé par une quinte de toux grasse, qui n'amène pas le réveil. Le pouls est à 144, assez petit et faible ; la peau est moite ; la respiration à 32, plus ample. Cet état persista toute la nuit à peu près, sauf pendant quelques moments où la chaleur sèche revint pour disparaître bientôt.

Le matin, à cinq heures, un bain est donné à 28° R. L'enfant y est très gai, il joue, parle, s'occupe de ce qui l'environne ; il en sort au bout d'un quart d'heure, et s'endort pendant quelques instants. Au réveil, la figure est reposée ; il y a une apparence de bien-être répandu sur tout l'enfant, qui est couché dans une pose très naturelle. Le pouls est à 132, régulier, assez fort ; la respiration est à 32, plus régulière, plus ample et moins crachée.

La respiration bronchique peut encore être perçue dans tous les points du côté droit où elle existait la veille, mais elle est beaucoup moins intense ; il y a très peu de râle dans tous ces points, il est surtout abondant au bas de l'espace interscapulaire, là où j'ai toujours constaté de l'expiration ou de la respiration bronchique. Le ventre est à l'état normal. L'enfant boit avec plaisir un peu de bouillon de poulet. Dans la journée, ce bon état continue, le pouls est à 132. Il y a deux évacuations à la suite du lavement.

Le 4 avril, au soir, douzième jour. Ce soir-là et aussi vers la fin de la nuit, il survient un redoublement de fièvre ; la peau est chaude, sèche ; l'une des deux joues, tantôt la droite, tantôt la gauche, est d'un rouge vif ; le pouls s'élève alors à 148, et la respiration varie de 32 à 40. Dans l'intervalle, l'enfant est assez calme, et dort d'un sommeil qui n'est interrompu que par la toux. Celle-ci, en effet, a été incessante, surtout pendant le bain et les moments de fièvre; elle était grasse, revenait par quintes, et était suivie d'efforts de vomissements. Dans la nuit, une selle liquide, grumeleuse, d'un jaune verdâtre, peu abondante. Le matin, l'auscultation fait percevoir un râle sous-crépitant assez gros, moins abondant à gauche qu'à droite. Dans ce dernier côté, la respiration bronchique a diminué à la base, et surtout vers l'angle de l'omoplate, où elle a toujours existé. (Bain à 28° R.) L'enfant y est très gai, riant, jouant et très vivace, et y reste vingt minutes. Après qu'il en est sorti, sa peau est d'une douce et bonne température ; le pouls est calme, à 132 ; la respiration à 28, régulière. L'enfant s'endort, et passe ainsi le reste de la journée et de la nuit suivante dans un calme parfait, malgré les quintes de toux grasse assez fortes et assez fréquentes. Le matin la respiration bronchique a presque disparu; à peine trouve-t-on à l'expiration un léger timbre bronchique très voilé au bas de l'espace interscapulaire. On continue à lui donner deux bains par jour ; il prend un peu de gelée de viande avec plaisir.

Le 6 avril, au soir, commencement du quatorzième jour. Le pouls est remonté à 140, il y a un peu de chaleur, la respiration est à 36 ; cependant l'enfant dort assez calme, le sommeil étant par moment interrompu par la toux. On perçoit, de nouveau, un peu de respiration bronchique du côté droit, à la base seulement, avec un râle sous-crépitant assez abondant. A gauche, le même râle existe, mais moins fin et moins abondant.

La nuit est assez calme ; il y a du sommeil coupé par une toux très fréquente et grasse. La soif est toujours inextinguible, et les urines très abondantes ; on suppose même qu'elles dépas-

sent en quantité les boissons ingérées. Deux selles liquides, grumeleuses, médiocrement abondantes, et de couleur jaune verdâtre.

Le matin, les symptômes généraux sont les mêmes que la veille au soir, mais la respiration bronchique s'est étendue. (Bain comme d'habitude.)

Le 15e jour. L'état apparent est à peu près semblable à celui du matin ; cependant la chaleur est plus vive ; le pouls est à 148, assez faible ; la respiration est à 32. La respiration bronchique s'est étendue, et occupe plus de la moitié du côté droit ; le râle qui lui est mêlé est gras, humide et abondant ; la sonorité est diminuée aux mêmes points. On constate aussi du râle, quoique moins nombreux, à la base du côté gauche. Encore deux selles diarrhéiques jaunes. Un vésicatoire est appliqué sur une bonne partie du côté droit de la poitrine, en arrière et dans l'aisselle. On donne à boire un mélange de deux parties d'eau de Vichy, une partie de lait et une partie d'eau ; un peu de bouillon de poulet et de gelée de viande. Au bout de deux heures d'application, le vésicatoire commence à causer de la douleur ; l'enfant s'agite et se plaint pendant une heure et demie, puis il s'endort. Quatre heures après l'application, l'épiderme est déjà soulevé. On panse avec un cataplasme. Peu après l'enfant est mis dans le bain, puis un nouveau cataplasme est appliqué. Pendant la nuit, l'enfant dort avec un calme parfait ; la chaleur de la peau a beaucoup diminué, le pouls est tombé à 120 ; la respiration reste à 44, régulière, quoique un peu arrêtée à l'expiration. Il y a eu moins de soif, bien que l'enfant ait pris près d'une bouteille d'eau de Vichy.

Le 16e jour. Une amélioration notable a lieu dans tous les symptômes, le pouls est à 112, régulier ; pas de chaleur ; la toux est peu abondante ; la soif est moins vive encore ; une seule évacuation a lieu, mieux liée que les jours précédents et mêlée de quelques mucosités. Les râles ont disparu à gauche ; on en retrouve encore à droite, mais bien diminués d'étendue et d'abondance. La respiration bronchique a presque disparu, la sonorité est presque la même des deux côtés.

Le 17e jour. Depuis hier, l'enfant a des accès de colère continuels qui rappellent son état de santé ; il crie sans cesse, et s'enroue, à force de crier. Dans un moment de calme, le pouls bat 108, et l'on n'entend nulle part ni râle ni respiration bronchique. Le bruit respiratoire est à peine un peu plus obsur du côté droit que du côté gauche ; cependant le petit malade tousse encore, et les quintes sont assez fortes pour déterminer quel-

quefois le rejet des aliments. (Bain ; 2 potages assez copieux ; cataplasme sur le vésicatoire, qui est rouge et douloureux.)

Le 18e jour. L'amélioration s'établit plus solidement, la fièvre est tout à fait nulle. L'enfant est alternativement gai, colère, joueur ; il mange deux soupes avec appétit ; il pourrait être considéré comme guéri, s'il ne présentait un peu de diarrhée, et des quintes de toux assez fortes pour provoquer le rejet d'une des soupes. Ces symptômes eux-mêmes disparurent les jours suivants, et la guérison fut définitive.

Réflexions. Envisagée dans son ensemble, cette observation ne sort pas beaucoup de la règle commune, et ne présente pas de difficulté sérieuse sous le point de vue du diagnostic et de l'influence des moyens employés. Il s'agit d'une rougeole survenue dans le cours d'un catarrhe léger, et compliquée elle-même d'une broncho-pneumonie assez étendue et assez grave, qui parut s'amender sous l'influence des vomitifs répétés ; une rechûte presque immédiate cède facilement à des bains tièdes. Une seconde rechûte est combattue par le vésicatoire et l'eau de Vichy, et la guérison est complète. Rien de plus simple, de plus commun ; des faits analogues ont été vus par tous les praticiens, et celui-ci ne se distingue que par des rechûtes successives et par la terminaison heureuse d'une maladie souvent mortelle.

Cependant, nous voulons insister sur quelques particularités qui ont trait à des points trop peu connus de la pneumonie des enfants ; nous voulons parler de la nature de la lésion anatomique.

Mais avant nous dirons quelques mots sur la longueur des prodromes et l'irrégularité de l'éruption ; sur les causes qui ont déterminé ces anomalies ; et ces remarques serviront à préciser quelques parties de la discussion qui suivra.

L'éruption n'est en réalité sortie que dans le courant du sixième jour, bien qu'on ait vu quelquefois les prodromes se prolonger encore plus ; le fait est cependant contraire aux règles ordinaires, car on est habitué à voir la rougeole se montrer du troisième au quatrième jour. A cette époque de la maladie, on put croire qu'il allait en être ainsi ; quelques taches parurent sur la figure, mais s'évanouirent promptement, bien que l'aspect du visage fut caractéristique de l'affection morbilleuse.

En même temps, la toux augmentait, la respiration devenait fréquente, irrégulière, arrêtée à l'expiration, comme cela a lieu presque toujours lorsqu'une broncho-pneumonie se développe ou existe chez les enfants. Il était évident que cette complication

se faisait alors, bien que les symptômes d'auscultation n'en donnassent pas encore la preuve.

Telle nous paraît être la cause du retard et de l'irrégularité de l'éruption. La fluxion cutanée a été modifiée dans son apparition et dans sa marche par la fluxion pulmonaire survenue dès le début, comme semble le prouver l'augmentation de la toux, de la fièvre et de l'oppression. L'auscultation confirma ce diagnostic dès le lendemain.

Le catarrhe a été double, puisque les râles ont été perçus des deux côtés et avec continuité, malgré de nombreuses variations dans leur abondance et l'étendue de leur siége. La pneumonie paraît avoir été bornée au côté droit, puisque c'est de ce côté seulement qu'a été perçue la respiration bronchique. On ne pourrait cependant pas affirmer que la phlegmasie pulmonaire n'ait pas été double, car rien ne révèle à l'oreille des noyaux isolés et peu volumineux de pneumonie.

Quoiqu'il en soit, une pneumonie a existé du côté droit. Nous disons à dessein pneumonie, et non pas hépatisation, parce que là est le point en discussion. Pour se rendre exactement compte de la nature de la lésion anatomique, il faut examiner séparément les symptômes fournis par l'auscultation et la percussion, au niveau de la partie inférieure de l'espace interscapulaire et à la base du poumon.

Dans le premier point, on trouve de la respiration bronchique et de la matité le sixième jour de la maladie. A partir de ce moment, et dans ce même point, la respiration bronchique et la matité persistent et augmentent pendant cinq à six jours ; puis elles diminuent et disparaissent au bout de neuf à dix jours. Les râles entendus pour la première fois le lendemain du jour où a paru la respiration bronchique ne sont pas nécessairement liés à son existence ; ils disparaissent tout à coup le cinquième ou sixième jour de la pneumonie, reviennent le lendemain, augmentent lorsque la respiration bronchique diminue, et cessent avec elle.

Dans cet endroit donc, la lésion anatomique a suivi à peu près la marche d'une véritable hépatisation, qui souvent diminue à partir du sixième jour de son début, et disparaît vers le dixième. Cette marche assez rapide n'est pas rare, et quelquefois, chez les enfants, la résolution est obtenue en moins de temps encore dans les pneumonies franches et primitives.

D'autre part, si l'on compare ce fait à ceux dans lesquels la terminaison a été funeste, l'idée de l'existence d'une véritable hépatisation en ce point précis sera confirmée, et l'on pen-

sera que des noyaux de pneumonie, d'abord isolés, se seront réunis de manière à former une altération assez étendue pour donner des symptômes perceptibles à l'oreille. La phlegmasie occupait d'ailleurs un des points où l'*hépatisation partielle* se développe souvent.

S'il demeure à très peu près prouvé qu'au bas de l'espace interscapulaire, en dedans, et un peu au-dessus de l'angle de l'omoplate, une véritable hépatisation partielle d'abord, puis généralisée, a suivi sa marche régulière, croissante et décroissante, dans l'intervalle de neuf à dix jours, on ne saurait dire la même chose de ce qui s'est passé à la base du même poumon.

A cet endroit en effet (au huitième jour de la maladie, troisième ou quatrième jour de la pneumonie), et pendant un accès de fièvre violent, avec accélération des mouvements respiratoires, un râle sous-crépitant abondant peut être entendu, et dès le lendemain on perçoit, dans toute la partie inférieure du poumon, une respiration bronchique bien manifeste, et un râle plus fin que la veille.

L'hépatisation s'était-elle donc étendue et occupait-elle la moitié inférieure du poumon ? A ce moment encore, on pouvait le croire, l'hépatisation envahissant quelquefois le tissu pulmonaire avec une grande rapidité. Mais, vingt quatre heures plus tard, la respiration bronchique avait disparu, aussi bien que les râles et que la matité.

Dès lors il n'était plus possible d'admettre une hépatisation. Cette lésion, en effet, qui consiste en un épanchement de produits plastiques dans les vésicules ou dans le tissu cellulaire du poumon, qui s'accompagne de ramollissement de l'organe, qui suit toutes les phases d'une inflammation, exige un temps assez long pour parcourir ses diverses périodes. Lorsqu'on a vu une véritable hépatisation, on comprend que cette lésion ne peut pas s'établir et se dissiper en vingt-quatre heures. S'il n'y a pas eu là hépatisation réelle, doit-on plutôt y reconnaître un simple engouement, premier degré de cette espèce de phlegmasie pulmonaire ? On comprend, à la rigueur, que l'engouement puisse disparaître en vingt-quatre heures ; mais, comme il n'a pas détruit la perméabilité à l'air, il ne saurait s'accompagner de matité et de respiration bronchique. Dès que ces deux symptômes existent l'engouement a passé à l'état d'hépatisation. Quelle est donc la lésion pulmonaire aiguë, inflammatoire en apparence ou en fait, qui puisse donner lieu à ces symptômes, et qui puisse s'avanouir en vingt-quatre heures ? Cette lésion est celle que MM. Legendre et Bailly ont si justement distinguée de l'hépatisation, avec laquelle

elle avait été confondue, et qui consiste en une congestion sanguine et intra-vasculaire, capable d'expulser l'air des vésicules du poumon, et de le ramener à un état de solidité et d'imperméabilité suffisant pour permettre la transmission des bruits bronchiques.

Cette fluxion liée à une bronchite capillaire partielle explique parfaitement tous les phénomènes survenus à la base du poumon droit.

Ainsi, le huitième jour, la bronchite devient capillaire en ce point de l'organe ; le neuvième jour une congestion se fait au même lieu. Des vomissements procurés par l'ipécacuanha ont lieu sans secousses : le mal s'accroît ; l'émétique amènedes vomissements abondants, et deux heures après, on peut constater que la respiration est plus ample, que les bruits bronchiques et les râles ont diminué ; quelques heures plus tard, il ont disparu.

Vers la fin du dixième jour, les phénomènes généraux et locaux reparaissent à peu près identiques ; de nouveau les mucosité occupent les petites bronches, de nouveau une congestion se fait sur le poumon. L'émétique produit encore des vomissements abondants, mais ils se prolongent pendant une heure et demie ; l'enfant est fatigué outre mesure, il est abattu, ses forces sont déprimées ; alors un bain est donné. Dans l'eau, les quintes de toux sont incessantes ; après le bain, il y a du repos ; mais bientôt survient une crise avec de nouvelles quintes de toux, alors le calme et l'amélioration reviennent ; au bout de vingt-quatre heures, les symptômes locaux ont diminué ; chaque bain nouveau est suivi d'une amélioration locale, et en deux jours et demi, cette nouvelle crise a disparu. Avons-nous besoin de répéter que ce n'était pas une hépatisation qui était survenue ; l'amélioration si considérable venue au bout de vingt-quatre heures, la disparition complète en deux jours et demi, repoussent toute idée d'hépatisation réelle.

J'en dirai autant pour la troisième crise, survenue le quatorzième jour ; celle-là cependant s'est établie plus lentement. Les symptômes généraux n'ont pas été tout d'abord si intenses, ni les symptômes locaux si étendus ; il a fallu vingt-quatre heures pour que la congestion occupât une grande surface ; les bains que l'enfant était habitué depuis plusieurs jours, à prendre deux fois en vingt-quatre heures, ne déterminaient plus de secousses de toux et étaient sans efficacité. Alors un large vésicatoire est appliqué, et de l'eau de Vichy est donnée en abondance. Quelques heures après l'emploi de ces moyens, et dès que le vésicatoire a soulevé l'épiderme, le calme survient, la fièvre baisse. Il est probable que

dès ce moment les symptômes locaux avaient commencé à diminuer, mais l'auscultation n'ayant pas été pratiquée alors, il faut garder du doute à cet égard : cependant, au commencement du seizième jour, c'est-à-dire quarante-huit après le début de cette nouvelle crise, la congestion avait déjà presque disparu : un jour plus tard, il n'en restait plus aucune trace.

Ainsi, dans une même partie du poumon, trois congestions successives ont paru, ont suivi leur marche, et ont disparu dans l'espace de huit jours, en laissant un intervalle de plusieurs heures entre la première et la seconde, de près d'une journée entre la seconde et la troistème.

Somme toute, la maladie pulmonaire s'est composée d'une bronchite double, qui est devenue partiellement capillaire ; d'une hépatisation partielle qui s'est généralisée sur un point limité du poumon, et enfin d'une congestion aiguë à répétition sur un autre point du même poumon.

Dans ce cas, comme dans le précédent, les congestions ont été rapides, actives, d'apparence inflammatoire ; la dernière seulement l'a été un peu moins, et surtout les symptômes réactionnels ont été moins intenses : nous ne faisons guère de doute que si la maladie eût continué alors, elle eût revêtu cette forme à laquelle MM. Legendre et Bailly ont donné le nom de *congestion lente*. La chose s'explique assez bien par la faiblesse croissante de l'enfant, après une maladie longue et marquée par tant de rechûtes. Mais ce nom est tout à fait inapplicable ici ; c'est qu'en effet ces deux pathologistes n'ont vu qu'une face du sujet, qu'ils ont d'ailleurs si complétement élucidé. Pour eux, cette congestion est le résultat le plus habituel de la faiblesse et de l'hypostasse chez des enfants atteints de catarrhe capillaire, et elle est consécutive ; c'est en effet ainsi qu'on l'observe le plus souvent à l'hôpital des Enfants. Mais ils n'ont pas vu les cas où elle est concomitante de la généralisation du catarrhe, où elle est primitive, active, inflammatoire, où elle survient chez des enfants robustes encore, et dont l'énergie vitale n'est pas déprimée.

Terminons ces remarques par quelques mots sur le mode d'action des moyens thérapeutiques qui ont été mis en usage.

Le vomitif, outre l'avantage qu'il a de débarrasser l'estomac des mucosités qui ont été avalées, provoque très probablement leur expulsion directe, en raison des secousses qu'il détermine. C'est bien ce qui paraît avoir eu lieu dans le cas actuel. Les premiers vomitifs, en effet, n'eurent aucune action appréciable tant que les vomissements vinrent sans effort. L'émétique, au contraire, ayant déterminé des secousses violentes et pro-

longées, la sédation suivit immédiatement aussi bien que la disparition des râles et de la respiration bronchique.

Cependant l'emploi de ce moyen a des limites.

Si l'émétique est donné d'une manière inopportune chez des enfants faibles, ou bien si l'action souvent répétée est trop violente, trop prolongée, comme il semble que la chose a eu lieu, dans le cas actuel, à la seconde reprise, il est suivi d'une dépression des forces, d'une espèce d'anéantissement qui favorise la congestion ; car, ainsi que nous le disions tout à l'heure, cette congestion est tantôt active et inflammatoire, tantôt passive et plus lente. Il ne faut donc pas croire que les vomitifs violents soient toujours utiles.

Les bains ont agi non pas seulement en calmant l'éréthisme fébrile, en diminuant la chaleur sèche de la peau, en ramenant la transpiration ; mais aussi en déterminant des secousses de toux, en forçant l'air à vaincre l'obstacle qu'opposent les mucosités bronchiques à sa pénétration dans les vésicules. En effet, l'inspiration qui précède la toux est profonde et tout à fait différente de cette respiration courte, incomplète, qui ne peut pas faire pénétrer l'air dans les vésicules.

Mais l'action des bains a elle-même une limite, et dans le cas actuel cette limite arriva à la troisième reprise; la fièvre n'était plus aussi vive, et l'enfant, habitué aux bains souvent répétés, les prenait sans qu'il survînt une de ces quintes de toux si franches qui chassent les mucosités.

Alors le vésicatoire et l'eau de Vichy ont été utilement employés; l'un détermina une dérivation d'autant plus efficace qu'elle avait à combattre une fluxion encore mobile ; en outre, il produisit une excitation momentanée dans un temps où les forces commençaient visiblement à diminuer, et où la congestion tendait à prendre la forme lente, résultat de la faiblesse. Dans ces cas spécialement, le vésicatoire est utile.

L'eau de Vichy, prise en grande quantité dans un court espace de temps, a une action résolutive puissante, qui, sans doute, s'est ajoutée à celle du vésicatoire.

Ces remarques très courtes suffiront à faire voir que tous ces remèdes, applicables, aussi bien que plusieurs autres, à la même maladie, ont chacun un mode d'action qui leur est propre, et qu'ils ne peuvent pas être indifféremment employés à la place les uns des autres; chacun d'eux satisfait à une indication qu'il est souvent difficile de saisir.

VI. Chirurgie, Orthopédie et Ophthalmologie.

PATHOLOGIE EXTERNE.

14. *Des adénites non syphilitiques* ; par M. le docteur A. Bertherand.

Suite : *voir* t. XI, novembre 1851, p. 129.

(Gazette médicale de Strasbourg, N° 10, octobre 1851.)

§ 2. *Symptômes et développement.*

L'adénite lymphatique se montre sous deux formes bien distinctes : tantôt franchement inflammatoire, avec tous les phénomènes de l'abcès chaud aigu ; tantôt, au contraire, indolente, stationnaire et comme le siége d'un travail d'hypertrophie, et de désorganisation essentiellement chronique.

1. *Adénite aiguë.*

Le plus ordinairement un léger sentiment de tension dans le lieu affecté, un gonflement progressif, de la douleur, surtout dans les mouvements imprimés, de la chaleur à la peau, une tuméfaction diffuse, pâteuse et irrégulièrement rouge, quelquefois des élancements pulsatiles comme dans le phlegmon, marquent le début de la maladie.

Ces symptômes, qui appartiennent à l'inflammation en général, se prononcent et se caractérisent à mesure que le mal progresse. Plus ils sont intenses, et plus les ganglions tendent à se ramollir ; quand on les presse, on y perçoit la fluctuation, une et circonscrite, si c'est l'organe seul qui a éprouvé la fonte purulente (*adénite parenchymateuse*) ; obtuse, inégale, disséminée, si l'inflammation a porté sur la glande et sur son atmosphère cellulo-graisseuse (*adénite phlegmoneuse*). Lorsque l'art n'a pas donné à temps issue à la collection, la peau se décolle et s'amincit à l'entour avant d'abcéder, et le pus qui s'écoule varie en quantité et qualité. Examinons ces différents états avec tout l'intérêt pratique qu'ils commandent.

Que la tumeur se trouve ouverte spontanément ou par un moyen chirurgical, la suppuration sera homogène, bien liée, abondante, plus même que ne semblait l'indiquer le relief extérieur, si la fonte de l'organe tout entier a seule fourni la matière. C'est que, dans ce cas, la poche fibreuse qui entoure le ganglion, rencontrant moins de résistance du côté des parties profondes que vers la peau, s'est développée pour ainsi dire *en dedans*,

aussi la saillie cutanée n'exprimait-elle pas son degré réel de réplétion.

D'autres fois, le liquide éconduit est séreux, sanguinolent, moins copieux qu'on ne l'avait cru d'abord. La fonte s'est effectuée partiellement entre plusieurs ganglions ou entre eux et les parties voisines. On voit, dans ce cas, après l'évacuation du foyer, la peau demeurer béante, renversée, soulevée par des portions non ramollies de la glande ; ou bien celle-ci s'affaisse sur elle-même, comme si sa base seule était sapée par la suppuration. Ces conditions sont évidemment fâcheuses pour la marche ultérieure de l'adénite, et l'on aurait à se reprocher de les provoquer volontairement par des incisions prématurées. Nous reviendrons à l'article du *Traitement* sur la valeur indicative de la fluctuation.

La période d'inflammation et de suppuration s'accompagne de frissons irréguliers, de fièvre et d'agitation qui la précèdent quelquefois, et s'amendent toujours après la formation et l'évacuation du pus.

A l'encontre du phlegmon, l'adénite lymphatique abcédée ne se réduit pas immédiatement ; la résolution en est lente et embarrassée. Il arrive que le pus se tarit tout à fait, la plaie se ferme, et la tumeur persiste. Cette tenacité de l'engorgement s'explique par la multiplicité des éléments qui y ont pris part. Chacun, en quelque sorte, doit céder à son tour, et dans un sens inverse à celui dans lequel il avait été affecté. En effet, le tissu cellulaire sous-cutané, le dernier envahi, se dégorge le premier ; puis viennent les couches sous-ganglionnaires, puis l'infiltration glandulaire et l'adénite elle-même, avec une différence dans la réduction, égale à celle de la vitalité propre d'éléments anatomiques aussi dissemblables.

La résolution de l'adénite aiguë peut avoir lieu avant son passage à l'état de suppuration, et ce mode de terminaison « plus commun qu'on ne le pense, » dit M. Velpeau, doit être provoqué autant que possible. On a lieu de l'espérer, quand l'inflammation paraît se circonscrire dans une glande unique et dans son intimité seule, ou, lorsqu'elle dépend d'une cause éloignée qui a promptement disparu. Cette heureuse issue s'obtient difficilement, si la peau et les couches sous-jacentes sont envahies par une phlogose intense et un engorgement considérable.

La suppuration d'un ganglion lymphatique est, en thèse générale, une affection grave, hormis peut-être le cas où l'abcès, de forme tout à fait *sur-aiguë*, a marché très rapidement. Le plus souvent les portions engorgées qui restent dans le foyer, les points décollés,

continuent à fournir du pus, et des trajets fistuleux se développent au voisinage, quelquefois même assez loin. La peau se désorganise de proche en proche ; elle s'indure autour des ganglions qui deviennent plus denses à leur centre. En même temps les couches découvertes se boursoufflent et végètent au travers des issues que l'ulcération, sinon le traitement, leur a ménagées. Van Swieten avait déjà noté ce mode de suppuration partielle, comme propre aux glandes strumeuses de la région du col (1).

II. *Adénite chronique.*

Conséquence presqu'inévitable de cet état suppuratoire stationnaire ou plutôt lentement désorganisateur des glandes abcédées, elle s'annonce par la diminution successive et la disparition finale des signes cardinaux de l'inflammation aiguë, *douleur*, *chaleur*, *rougeur*, *la tumeur* exceptée ; car, si on examine de très près, on constate que la turgescence sanguine seule s'est dissipée, les tissus altérés sont passés à l'état d'induration.

Une partie de ces modifications s'observe fréquemment aussi dans la résolution des adénites non suppurées ; mais il reste indéfiniment, dans les régions qu'elles occupaient, des noyaux concrets, isolés, mobiles, tout à fait inertes, à moins que de nouvelles causes d'irritation ne viennent les exciter derechef.

Quand les ganglions malades sont parvenus à cet état phlegmasique chronique où le travail pyogénique semble impuissant à en atténuer le volume et à en résoudre l'induration, ils deviennent pour d'autres glandes circonvoisines des causes déterminantes d'irritation et de tuméfaction consécutives ; des dispositions fâcheuses aux récidives s'établissent. Enfin, quand ils se multiplient ainsi localement, « leur longue persévérance entraîne « successivement, dit M. Bégin, des effets désastreux pour « l'organisme entier. Sous leur influence, les sujets pâlissent, « s'affaiblissent, s'étiolent ; l'organisation lymphatique prédomine « de plus en plus, et l'état scrofuleux, qui paraissait d'abord lui « être complétement étranger, se caractérise graduellement de « la manière la plus manifeste. »

L'inflammation chronique des ganglions lymphatiques s'observe aussi comme forme primitive de l'altération de ces organes. Leur tuméfaction est alors obtuse, accompagnée de douleurs sourdes, sans changement de couleur à la peau et sans réaction générale. L'engorgement, plus consistant que dans l'acuité, après

(1) *Quidem ex his tantum, non omnes simul, suppurantur.*

avoir fait des progrès pendant quelque temps, reste souvent indolent; ou bien tout à coup, sans qu'on s'explique comment, à la suite d'un traumatisme, de fatigues, d'excès ou d'écarts de régime, l'adénite s'endolorit, la peau rougit, et une véritable inflammation s'allume. C'est là, parfois, un effort salutaire de l'économie pour arriver à la guérison, d'autant mieux que l'état chronique cède rarement par résolution. Ses terminaisons les plus ordinaires sont : *l'induration permanente* et *la suppuration* qui peuvent être suivies elles-mêmes des dégénérescences *squirrheuse, tuberculeuse, cancéreuse, mélanique* et *osso-cartilagineuse.*

Durant la marche naturellement sub-inflammatoire et obscure du cancer, des ulcères atoniques, de la tuberculisation interne des scrofules et des dermatoses invétérées, l'adénite se manifeste fréquemment. Sa dépendance est plus ou moins accusée par les caractères propres aux lésions antécédentes. L'inflammation ganglionnaire ne conserve d'ailleurs pas longtemps son cachet de simplicité, et la tumeur participe tôt ou tard de l'altération des organes primitivement attaqués.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

15. *Études cliniques sur quelques tumeurs du testicule*; par le docteur Notta, de Lisieux, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc.

(L'Union médicale, Nos 107 et 108; 9 et 11 septembre 1851.)

Dupuytren, en donnant le conseil de ne jamais porter l'instrument tranchant sur un testicule dégénéré sans avoir préalablement fait subir au malade un traitement antisyphilitique, avouait, par cela même, l'impossibilité où il se trouvait souvent de diagnostiquer d'une manière précise les tumeurs testiculaires. Sans doute, depuis B. Bell et A. Cooper, l'histoire du sarcocèle syphilitique s'est enrichie de nombreux matériaux; sans doute les recherches de M. Ricord ont jeté le plus grand jour sur cette affection, en sorte que son diagnostic repose aujourd'hui sur des données plus certaines. Cependant, au lit du malade, il est quelquefois entouré de difficultés presque insurmontables, et il faut l'avouer, il est encore des cas devant lesquels le chirurgien est obligé de suspendre son jugement et d'en appeler à la pierre de touche recommandée par Dupuytren. Tout n'a donc pas encore été dit sur les tumeurs du testicule. C'est en recueillant des faits, en les comparant, que peut-être on arrivera à éclairer

d'une manière complète cette question si importante de diagnostic. Je n'ai pas entrepris cette tâche difficile ; je me propose seulement, dans ce travail, de donner d'abord le résumé d'un certain nombre d'observations de testicule syphilitique que j'ai recueillies. J'espère montrer, par leur analyse, que si dans la plupart des cas le diagnostic est bien tranché, il en est d'autres où il présente, dans l'état actuel de la science, des difficultés qui ne peuvent être résolues que par le traitement.

La seconde partie de ce mémoire sera consacrée à quelques recherches sur les tumeurs encéphaloïdes. Je le répète, je ne vais pas faire une description complète de ces affections, mais étudier seulement quelques points de leur histoire et chercher à apprécier la valeur de quelques-uns des éléments qui servent en général de base à leur diagnostic.

§ I. — *Testicule syphilitique.*

Je commencerai ce paragraphe par rapporter succinctement une observation prise au hasard parmi les dix dont je vais donner l'analyse, afin que le lecteur puisse apprécier par lui-même la valeur des faits que j'ai recueillis.

Obs. I. — M..., âgé de 35 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 18 avril 1849. Blennorrhagie il y a six ans ; orchite dans le testicule gauche ; guérison au bout de deux mois. Depuis cette époque, il n'a eu aucun accident syphilitique ; il affirme n'avoir jamais eu de chancres. Au commencement de janvier, en revenant de son travail, il ressent quelques élancements dans le testicule droit ; il y porte la main et il s'aperçoit qu'il est plus gros que l'autre. Depuis, ce testicule a toujours augmenté de volume. L'usage d'un suspensoir lui a apporté beaucoup de soulagement et lui a permis de continuer ses travaux de terrassier. Vers le commencement de janvier également, il remarqua un groupe de boutons sur le bas ventre ; vers la fin de février, de nouveaux groupes de boutons se développèrent sur les reins et sur la face antérieure de la poitrine. Il n'a fait aucun traitement.

État actuel.— 18 avril, sujet très robuste, bonne constitution ; sur le ventre on remarque un groupe de larges papules de 2 à 3 millimètres de diamètre, non confluentes pour la plupart, d'une teinte cuivrée, livide , indurées, faisant saillie au-dessus du niveau de la peau, recouvertes à leur sommet de squammes. A côté se trouvent quelques taches cuivrées résultant de la disparition de quelques-uns de ces tubercules. Au devant de la poitrine et sur les lombes se voient quelques autres groupes de syphilide papuleuse et pustuleuse. Pas d'engorgement des ganglions cervi-

caux et inguinaux. Les amygdales sont saines; il n'a jamais eu d'angine de longue durée; jamais eu d'alopécie ni de céphalée; pas de douleurs nocturnes. Au milieu du bord interne du tibia droit, on trouve un peu de tuméfaction. Depuis huit à neuf mois, il n'a plus d'érections le matin en s'éveillant ; absence de désirs. La quantité de sperme, éjaculée lors de deux rapports sexuels qu'il eut en janvier, lui a semblé être moindre; il l'a remarqué, préoccupé qu'il était de l'état de son testicule ; la sensation de plaisir du coït a été en diminuant, et elle était nulle dans ces derniers temps.

Tiraillements dans le cordon et l'aine se prolongeant jusque dans les lombes lorsqu'il travaille. La peau qui recouvre le testicule droit est un peu plus rouge que celle qui recouvre le gauche. La tunique vaginale ne renferme pas de liquide et n'est pas adhérente à la surface du testicule. Le testicule se présente sous l'aspect d'une tumeur ovoïde dont la grosse extrémité, dirigée en haut et en avant, répond à la tête de l'épididyme, tandis que la petite extrémité est dirigée en bas et un peu en arrière. Il a 20 centimètres de circonférence dans son plus grand diamètre. A la face antérieure on trouve : en bas le corps du testicule, rugueux à sa surface, souple encore, mais moins que du côté sain, se terminant inférieurement par une extrémité conoïde qui se confond insensiblement en bas et sur les côtés avec la queue de l'épididyme légèrement tuméfiée et indurée. Au-dessus du corps du testicule, qui forme à peine à lui seul la moitié de la face antérieure de la tumeur, on sent la tête de l'épididyme qui, coiffant toute la partie supérieure du testicule, cesse brusquement sur sa face antérieure par un bord saillant présentant une légère convexité dirigée en bas ; en arrière elle se continue avec le reste de l'épididyme qui va en diminuant pour se terminer inférieurement comme je l'ai dit. L'épididyme est comme rugueux à sa surface, d'une dureté comparable à celle du bois. Le cordon est parfaitement sain. Par une forte pression, on cause dans ce testicule une douleur modérée très supportable, qui remonte tout au plus jusque vers le milieu de la fosse iliaque correspondante. Cette douleur n'est pas énervante et est essentiellement différente de celle que l'on provoque en pressant l'autre testicule qui est souple et parfaitement sain ; celle-ci remonte jusqu'aux reins et cause un sentiment de défaillance (un pot décoction de salsepareille sucrée avec 30 grammes de sirop Cuisinier additionné).

Le 24 avril, les érections sont devenues aussi fréquentes qu'avant le début de la maladie. Le testicule est un peu plus souple ; la peau du scrotum n'est plus rouge.

Le 30, le testicule a beaucoup diminué ; sa plus grand circonférence est de 17 centimètres. Il est plus souple. En le comprimant, on détermine la sensation caractéristique énervante. L'éruption pâlit.

Le 7 mai, le testicule est très souple ; il n'y a plus qu'une petite tumeur du volume d'une noisette, formée par la tête de l'épididyme indurée. Sa sensibilité normale, à la pression, est tout à fait revenue, excepté au niveau de la tête de l'épididyme.

Le 18, on ajoute au traitement 2 grammes d'iodure de potassium. Et le 8 juin le malade sort de l'hôpital parfaitement guéri. Le testicule a son volume et sa souplesse normale. Il y a encore au niveau de la tête de l'épididyme un petit noyau d'induration. L'éruption cutanée est guérie. On prescrit au malade une pilule de proto-iodure de 0,05 centig. pendant un mois.

Le 8 juillet, il revient nous voir. Il a eu des rapports sexuels. L'éjaculation est aussi abondante, les sensations aussi vives et les désirs aussi fréquents qu'avant le début de la maladie. Les deux testicules sont exactement semblables, et il n'y a plus aucune trace d'induration.

L'âge de mes dix malades est compris entre 22 et 55 ans. Il ne donne lieu à aucune considération particulière.

Un seul d'entre eux s'était froissé les testicules, et faisait remonter le début de l'engorgement à cette époque. Un autre avait eu, six ans auparavant, une orchite, mais précisément dans le testicule du côté opposé à celui qui était envahi ; en sorte qu'il n'y a aucune relation entre cette orchite qui, du reste, n'avait laissé aucune trace appréciable, et l'engorgement que nous avions sous les yeux. Tous les autres malades n'avaient jamais reçu de coups sur les bourses, et n'avaient jamais eu antérieurement d'inflammation soit traumatique, soit blennorrhagique du testicule. Ce résumé démontre, quoique en aient dit quelques auteurs, que l'engorgement vénérien n'est point une orchite chronique.

Nous n'avons rien négligé pour avoir des renseignements précis sur les antécédents de nos malades. Six d'entre eux ont eu des chancres ou des ulcérations sur le gland ; trois affirment n'avoir eu antérieurement qu'une blennorrhagie ; enfin, un seul nie tout accident primitif. La recherche de ces accidents n'offre qu'un intérêt purement scientifique, et ne jette aucun jour sur le diagnostic. En effet, souvent des malades s'obstinent à cacher la vérité, et, en outre, on peut être affecté d'une tumeur de nature non syphilitique, et avoir eu antérieurement des chancres.

Nous n'en dirons pas autant des symptômes concomitants : ceux-ci ont une très grande valeur ; c'étaient :

Des syphilides.	1 fois.
Des douleurs nocturnes et articulaires . . .	2 fois.
Des névroses des os du crâne.	1 fois.
L'affection du testicule existait seule. . . .	2 fois.

Ce tableau nous montre que les manifestations syphilitiques qui coexistent avec l'engorgement testiculaire, ont la plus grande importance, car elles ont été observées dans la majorité des cas. Cependant, elles peuvent manquer, et de leur absence, on aurait tort de conclure à la non-existence d'une tumeur syphilitique.

L'engorgement est-il limité à un seul testicule, ou les affecte-t-il tous les deux simultanément ? A. Cooper, Dupuytren (*Lanc. franç.*, 1831, p. 357), A. Bérard (Mémoire sur les engorgements du testicule, *Journ. des conn. méd. chirurg.*, t. III, p. 183,) pensent que, dans la majorité des cas, l'affection attaque en commun les deux glandes. M. Ricord pense que la maladie est plus souvent limitée à un seul testicule. M. Roux est plus exclusif : il regarde le fait comme constant. Des opinions si divergentes tiennent évidemment à ce que les auteurs nous ont donné leurs impressions personnelles, et non l'analyse exacte des faits qu'ils ont observés. Ainsi, en parcourant les huit observations consignées dans le mémoire d'A. Cooper, on voit que six fois un seul testicule est pris, et deux fois seulement la maladie a envahi les deux organes, résultat diamétralement opposé à l'opinion émise par cet auteur. Chez trois de nos malades, les deux testicules étaient affectés ; chez les sept autres, il n'y en avait qu'un seul : cinq fois c'était le droit, et deux fois le gauche. On voit, par là, que l'affection est le plus souvent limitée à un seul testicule, comme le pense M. Ricord, mais aussi qu'elle envahit parfois les deux glandes.

Dans tous les cas, le cordon était parfaitement sain.

La tumeur s'est présentée sous l'aspect suivant : elle avait en général une forme ovoïde, qui rappelait celle du testicule ; une fois, cependant, elle était globuleuse. Son volume était variable. Quelquefois, il était du double du testicule sain ; le plus souvent, il était comparable à celui d'un œuf de poule ; une fois, il avait celui du poing. La peau qui le recouvrait était saine, non adhérente et sans changement de coloration. Deux fois seulement elle offrait un peu de rougeur, occasionnée probablement par les frottements répétés de la tumeur contre le pantalon pendant la marche, car, sous l'influence du repos, elle disparut en deux jours.

En palpant avec soin la tumeur, on trouvait au devant d'elle, dans la moitié des cas, une petite couche de liquide épanchée

dans la tunique vaginale ; et en le déprimant, on appréciait la forme du testicule. Ce liquide, que l'on évacua dans trois cas par une petite ponction faite avec une lancette, était citrin, transparent. Sa quantité, peu considérable, était deux ou trois cuillerées à bouche.

La face antérieure du testicule présente une surface chagrinée, assez régulière, plus souple que le reste de la tumeur, mais plus résistante qu'à l'état normal. Cette surface se confond d'une manière plus ou moins sensible sur ses parties latérales avec l'épididyme engorgé ; en haut et en bas elle est limitée par un rebord dur, saillant, formé par les deux extrémités de l'épididyme qui, considérablement tuméfié, enchâsse le corps du testicule de toutes parts, comme un coquetier embrasse un œuf, et ne le laisse accessible qu'à sa partie antérieure. Quelquefois l'engorgement porte principalement sur la tête de l'épididyme, alors celle-ci, extrêmement développée, donne à la tumeur une forme conoïde à grosse extrémité, dirigée en haut; alors à sa petite extrémité on trouve la face antérieure du corps du testicule, et derrière la queue de l'épididyme qui commence à se tuméfier. D'autres fois, l'engorgement affecte surtout la queue de l'épididyme, on a alors une disposition inverse. J'ai dit que sur les parties latérales la limite entre le corps du testicule et l'épididyme était un peu tranchée ; on la sent cependant quelquefois très distinctement. Le plus souvent le corps du testicule n'est pas sensiblement tuméfié et son augmentation de volume est entièrement due à l'engorgement de l'épididyme. Celui-ci offre une dureté comparable à celle du bois. Sa surface est plutôt irrégulière que bosselée. Une seule fois elle présentait des bosselures arrondies, saillantes, semblables à celles qui sont produites par les tubercules. Telle s'est montrée à nous la tumeur syphilitique dans neuf cas. Le siége principal de l'engorgement était l'épididyme.

Une fois, le testicule et l'épididyme étaient tellement confondus, qu'il était impossible de les distinguer l'un de l'autre. Ils formaient une masse du volume du poing, à surface régulière, mais chagrinée.

Enfin, trois fois la tumeur était formée aux dépens du corps de la glande qui avait perdu sa souplesse ; derrière elle on sentait l'épididyme sain, mais comme étalé. L'affection datait de trois ans et demi pour l'un et de sept mois pour l'autre, en sorte que si l'épididyme n'est pas envahi, on ne saurait attribuer cette sorte d'immunité au défaut d'ancienneté de la maladie.

(*La suite à un prochain numéro.*)

16. *Considérations sur le bec-de-lièvre. — Nouveau cas de bec-de-lièvre médian de la lèvre supérieure*; par M. le docteur Bitot, chef des travaux anatomiques, professeur suppléant à l'École de médecine.

(Journal de médecine de Bordeaux, octobre 1851.)

Le titre de ce travail suffit à lui seul pour prévenir que je n'ai pas la prétention de tracer une monographie du bec-de-lièvre ; c'est une tâche que je ne saurais entreprendre sans entrer dans des développements assez longs, où trop souvent je me verrais obligé de reproduire purement et simplement des choses parfaitement connues de tout le monde. Agir ainsi serait s'exposer à devenir fastidieux sans être utile à la science. Tout mon but, en publiant ce Mémoire, est de *corroborer* quelques-uns des points encore incertains ou incomplets de l'histoire du bec-de-lièvre. En quatre mots, voici ce dont il s'agit :

1° Décrire minutieusement un bec-de-lièvre médian de la lèvre supérieure ;

2° Examiner quelques-unes des causes de cette difformité ;

3° Apprécier l'ensemble des moyens thérapeutiques qui me paraissent les plus propres à la combattre ;

4° Enfin, ajouter aux observations déjà connues un nouveau cas de guérison intra-utérine de bec-de-lièvre.

1° *Nouveau cas de bec-de-lièvre médian de la lèvre supérieure.*

Dans le semestre d'hiver de cette année (1851), un médecin de Bordeaux, dont j'ignore le nom, envoya à l'École de médecine un fœtus d'à peu près sept mois, qui, en ma qualité de chef des travaux anatomiques, me fut présenté par le concierge. Je ne fus pas peu surpris à la vue d'une bifidité médiane de la lèvre supérieure dont ce fœtus était porteur. Je savais combien sont rares les faits de cette espèce ; aussi me promis-je d'examiner le plus scrupuleusement possible la tête du petit cadavre qu'un pur hasard mettait à ma disposition.

Les bords de la fente, obliques en bas et en dehors, forment un *V* dont le sommet est dirigé en haut sur la ligne médiane, et la base en bas vers le bord libre de la lèvre. Ces bords sont épais, arrondis, vermeils tout comme les lèvres elles-mêmes ; mais leur extrémité supérieure, ou si l'on veut le sommet de l'angle qu'ils forment, se réunit à l'extrémité postérieure des rebords des ailes du nez. Celui-ci, arrondi et petit, *manque de sous-cloison.* Il n'existe donc, à proprement parler, qu'une narine.

Ce défaut de sous-cloison me suggéra naturellement l'idée d'examiner attentivement les cavités nasales. La vue et un stylet-

mousse me démontrèrent que *la cloison n'existait réellement pas, et que l'ouverture postérieure était obturée par quelque corps étranger.* Cette nouvelle circonstance piqua davantage ma curiosité, et, séance tenante, je voulus m'assurer de la nature de ce corps. J'enlevai donc toutes les parties du cou situées en avant de la colonne vertébrale, et je constatai alors, de la manière la plus précise, que la voûte et le voile du palais étaient sans division, et que l'ouverture postérieure des fosses nasales se trouvait hermétiquement fermée par une substance osseuse recouverte de la membrane muqueuse. Qu'était-ce que cette substance osseuse ? était-elle isolée ou solidaire de l'os voisin ? Je jugeai prudent, pour le moment, de ne pas chercher la solution de cette question, et de remettre à plus tard un examen plus complet. Une macération suffisante devenait nécessaire, pour rendre les objets plus distincts. Je ne pouvais, du reste, prendre trop de précautions pour ne pas altérer une pièce dont les particularités devenaient d'autant plus curieuses, que la difformité qu'elles accompagnaient est plus rare. Est-il besoin de rappeler, en effet, que, dans l'espèce, il n'est de bien authentique que l'observation de Nicati ; c'est ce qu'attestent tous les ouvrages où il est parlé du bec-de-lièvre. Qu'on ouvre les différents dictionnaires de médecine et de chirurgie, et les auteurs classiques les plus récents, et on sera sur-le-champ fixé sur cette vérité. Toutefois, M. Nélaton, dans son ouvrage de pathologie, parle d'une pièce que possède le Musée de Strasbourg, et d'un cas appartenant à Blandin, qui confirment encore l'existence de cette difformité. Je n'ai pu trouver le fait du chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

On ne se méprendra donc pas, en lisant dans Boyer (*Traité des maladies chirurgicales*, t. VI, p. 185) : « Le bec-de-lièvre occupe *tantôt* la partie moyenne de la lèvre supérieure, et *tantôt* l'un de ses côtés. » L'illustre auteur sommeillait certainement un peu en écrivant ces lignes. Quelle n'était donc pas alors l'erreur d'Osiander, qui tenait pour disposition constante la bifidité médiane !

Avant de tracer la description de la pièce, je crois devoir faire observer que, pour éviter le double inconvénient de trop dire ou de ne pas dire assez, pour être aussi exact que possible et faire mieux ressortir les différentes anomalies que présente cette tête, j'ai eu soin de la comparer avec celle d'un autre fœtus à peu près de même âge, et parfaitement conformé.—Pour bien juger d'un état anormal, il faut connaître à fond le normal ; c'est incontestable. Cette précaution prise, on ne sera donc pas

autorisé à supposer que, sur aucun point, je me sois fait illusion.

Description.

Le crâne est déprimé au niveau de la fontanelle occipito-pariéto-temporale du côté droit. Le front est fuyant, rétréci. Les bases de l'orbite *très rapprochées*, 4 millimètres seulement les séparent. Elles sont, d'une manière assez marquée, obliques en bas et en avant, conséquence nécessaire de la conformation du front. La base orbitaire du côté gauche est arrondie et plus grande que l'autre de 3 millimètres de haut en bas. Les parois de l'orbite sont notablement moins étendues dans le sens antéro-postérieur qu'à l'état normal. La voûte et le plancher sont fortement obliques en bas. La face interne converge vers la ligne médiane tellement, que les os *planum* se touchent presque par leur bord postérieur.

Le rapprochement des bases de l'orbite est dû *à la réunion des apophyses montantes des maxillaires supérieurs, par suite de l'absence des os carrés du nez.* Toutefois, ce rapprochement des apophyses n'est immédiat que dans la moitié supérieure de leur bord antérieur articulé normalement avec les os du nez. La moitié inférieure est séparée de celle du côté opposé par un petit os de forme conique, à base inférieure; cette base n'a pas plus de 2 millimètres. Ce tubercule osseux est sans doute le représentant des os nasaux atrophiés.

Les bords de l'ouverture nasale antérieure (j'ai déjà dit que la sous-cloison et la cloison manquaient), les bords, dis-je, de cette ouverture, rétrécie par le défaut des os du nez, au lieu de se réunir sur la ligne médiane pour former l'épine nasale antérieure, se continuent directement avec la lèvre externe du rebord alvéolaire. C'est dire que les maxillaires supérieurs ne sont pas unis en avant. *Dans le point le plus rétréci, près de 5 millimètres les séparent. Les alvéoles des incisives moyennes n'existent pas.* J'ai eu soin de ne pas détruire la membrane gingivale, que l'on voit *parfaitement se continuer avec la pituitaire.*

La voûte palatine offre cette concavité qui accompagne le bec-de-lièvre. Partant, sa largeur se trouve considérablement amoindrie; elle n'a que 10 millimètres au lieu de 15 environ.

Mais voici, de toutes les particularités que présente la face, la plus extraordinaire; je ne sache pas qu'elle ait jamais été constatée : ce sont *deux os triangulaires, de forme très régulièrement isocèle, ayant leur sommet en haut et leur base en bas, et obturant hermétiquement l'ouverture postérieure des fosses nasales.* Où trouver

l'explication de cette singularité anatomique ? Je l'ignore complétement ; mais je ne désespère pas de la voir donner, par un de ces esprits éminents qui se livrent particulièrement à l'étude de l'organogénésie et de l'anatomie comparée. Je proposerais d'appeler ces os, *inter-ptérygoïdiens.*

L'examen de la cavité crânienne était chose indispensable. Tout ce que j'avais remarqué du côté des orbites, surtout la convergence en arrière de leur face interne, m'avait fait supposer que quelque modification devait s'être passée sur le sphénoïde. En effet, après avoir enlevé la voûte crânienne par un trait de scie, j'ai constaté qu'*il n'y avait qu'un trou optique.* Le pourtour de ce trou est sinueux ; et pour si peu que l'on soit habitué à l'état normal des os, il est facile de remarquer ici, d'après l'aspect du sphénoïde, que ses petites ailes et son corps ont été chagrinés dans leur évolution. Ces parties sont atrophiées, et l'unique trou optique est certainement ici la conséquence d'une symphisie.

Enfin, la cavité crânienne est *insymétrique.* La portion droite l'emporte sur la gauche, et le grand trou occipital se trouve presque en entier à gauche du diamètre antéro-postérieur. J'ajouterai, pour terminer, que c'est à peine si la surface de l'étage antérieur ou supérieur de la base crânienne est égale à la moitié de ce qu'elle devrait être. La diminution s'est effectuée dans le sens transversal aussi bien que dans le sens antéro-postérieur. Les fentes sphénoïdales sont démesurément grandes.

En résumé, les principales anomalies de cette pièce, sont :

1° L'absence des os du nez ;

2° L'existence d'un trou optique seulement ;

3° L'obturation des orifices postérieurs des fosses nasales par deux os triangulaires ;

4° L'absence des dents incisives moyennes et de la portion osseuse qui les supporte ;

5° L'absence de la cloison des fosses nasales.

Telle est cette pièce curieuse, comme on voit, à plus d'un titre.

On pourrait se demander, maintenant, quel a été le point de départ du désordre. Est-ce le crâne ou la face? Ne pourrait-on pas admettre que l'amoindrissement, la symphisie du sphénoïde a été cause du rapprochement des os *planum*, des unguis et des apophyses montantes des maxillaires supérieurs? La supposition n'est pas irrationnelle ; mais j'aime mieux croire que le désordre s'est opéré sur tous les points à la fois. A savoir même si le cerveau, que je n'ai pu étudier parce qu'il était en bouillie, n'a pas

joué quelque rôle sur cette scène ? Mais abandonnons l'hypothèse, et notons en passant la rareté de l'absence des os nasaux. Cette rareté serait extraordinaire si je m'en rapportais à mes recherches. Je n'ai, en effet, trouvé qu'un cas semblable; il est mentionné dans un ouvrage dont j'ai perdu le nom; mais voici ce que j'y ai trouvé : « Dans un cas cité par Rosenmuller, dans lequel les os propres du nez n'existaient pas, les apophyses montantes des os maxillaires supérieurs s'étaient développées de telle sorte, qu'elles se touchaient et remplaçaient les os du nez. »

J'ai eu soin aussi de faire remarquer que les apophyses nasales des os maxillaires supérieurs étaient plus développées qu'à l'ordinaire sur notre pièce. Preuve nouvelle de l'exactitude de cette loi générale établie par Geoffroy Saint-Hilaire, en vertu de laquelle l'exubérance de nutrition d'un organe entraîne plus ou moins nécessairement l'atrophie complète ou incomplète d'un autre organe, et réciproquement. C'est la loi de *balancement*.

Quant à l'anomalie de l'os inter-maxillaire et de la cloison des fosses nasales, d'autant plus intéressante pour nous qu'elle est plus immédiatement afférente à notre sujet, je n'en dirai rien ici; je préfère, pour éviter toute répétition, remettre les considérations dont elle est susceptible, à l'article de l'*Étiologie du bec-de-lièvre*, dont nous allons nous occuper.

2° *Examiner quelques-unes des causes de cette difformité.*

Dans l'état actuel de la science, on rapporte le bec-de-lièvre à une des six causes suivantes :

1° L'arrêt de développement;
2° Les maladies du fœtus;
3° L'hérédité, ou altération primitive des germes;
4° L'imagination de la mère;
5° Les causes mécaniques;
6° L'adhérence anormale du fœtus avec ses membranes.

De ces six causes, les quatre premières seulement vont attirer notre attention.

En premier lieu, nous parlerons simultanément de l'arrêt de développement et de l'opinion qui attribue le bec-de-lièvre à une maladie du fœtus.

Ces deux opinions ont longtemps divisé et divisent encore des hommes du plus haut mérite. Pour les uns, la bifidité labiale ne saurait trouver sa cause ailleurs que dans un trouble apporté à l'évolution de telle ou telle partie de l'organisme. Les autres, au contraire, rejetant les raisons avancées par ceux-ci, ne peuvent

s'expliquer cette difformité que par un accident pathologique. En deux mots, pour parler le langage des Anglais, dans le premier cas, se serait une *malformation*, et dans le deuxième, une déformation. Voilà, certes, deux opinions bien tranchées. Que l'on opte pour l'une ou pour l'autre, on est toujours sûr de se trouver en bonne compagnie; mais sera-t-on en pleine vérité ? Non; la chose n'est plus pour moi douteuse. Pour le prouver, il est nécessaire d'entrer dans quelques développements.

L'hypothèse de l'arrêt de développement appliquée à la formation du bec-de-lièvre a été différemment interprétée par ses partisans : les uns en ont placé le siége dans les portions molles, et les autres dans les portions dures. Les premiers, avec Blumenback, Meckel, Béclard, ont supposé que la lèvre était primordialement divisée en trois parties, une médiane et deux latérales, et que la non-réunion de ces parties était cause des différentes sortes de becs-de-lièvre. Les autres, abandonnant cette supposition et préférant se baser sur un fait, en ont appelé à l'existence de l'os intermaxillaire. Un trouble arrivé à cet os pendant son évolution, explique à merveille ces mêmes difformités. A propos de l'os intermaxillaire, je dirai, en passant, que son existence me paraît incontestable. Jusqu'à l'âge de deux ans, Weber de Bonn est parvenu à séparer cet os du maxillaire supérieur, au moyen de l'acide azotique étendu d'eau; et, chose particulière, il a remarqué que la suture incisive du palais passe non point entre l'incisive externe et la canine, mais bien à travers l'alvéole de celle-ci.

Du reste, M. Leukart, dans un beau travail publié à Stuggard, paraît avoir établi d'une manière péremptoire l'existence de cet os. C'est vers deux mois et demi à trois mois qu'il est le plus apparent.

Avec Nicati, je suis porté à admettre que cet os se développe par quatre points d'ossification ; je dirai plus tard pourquoi.

Or, deux hommes considérables, MM. Velpeau et Cruveilhier, font table rase de ces explications. Pour eux, et bien à tort à mon avis, l'existence de l'os intermaxillaire n'est rien moins que prouvée; et quant à la division primordiale de la lèvre supérieure, c'est une hypothèse qui doit nécessairement tomber devant les faits. « M. Velpeau, d'après des recherches nombreuses faites sur des embryons et des fœtus de tout âge, prétend que les lèvres ne sont jamais formées de plusieurs pièces, et que dès qu'on les voit poindre, elles paraissent entières, comme l'ouverture buccale qu'elles bordent exactement ; de telle sorte, que le bec-de-lièvre paraît à M. Velpeau devoir se rapporter,

ainsi que la plupart des autres monstruosités, à quelque maladie plutôt qu'au défaut d'évolution naturelle. »

Toutefois, malgré les assertions de M. Velpeau, assertions en apparence si positives puisqu'elles s'étayaient sur l'observation directe, la théorie de l'arrêt de développement expliquait si naturellement les différentes espèces de becs-de-lièvre, elle cadrait si bien avec les faits généraux de l'anatomie comparée, elle souriait tellement à l'esprit, que bon nombre d'anatomistes et de chirurgiens ne purent se déterminer à l'abandonner. La plupart continuèrent à la professer, tout en avouant qu'ils n'avaient aucun fait à opposer à M. Velpeau. D'autres, moins convaincus sans doute, ne purent se résoudre à soutenir une idée, une abstraction contre l'observation directe. Obligés d'accepter les résultats de l'embryologiste distingué, ils imaginèrent un fait capable de concilier les deux manières de voir. Tel fut Blandin, Blandin de si regrettable mémoire. Il sacrifie l'idée de la division primordiale de la lèvre ; mais il considère comme évident :

« 1° Que le passage de la lèvre supérieure, de l'état muqueux qu'elle revêt d'abord à un état d'organisation plus élevé, se fait par plusieurs points distincts ;

« 2° Que ces points marchent à la rencontre les uns des autres, au milieu de l'espèce de gangue organique dans laquelle ils se font formés ;

« 3° Que la matière muqueuse primitive de la lèvre est résorbée à mesure que les points en question s'étendent ;

« 4° Que cette matière muqueuse, qui servait de moyen d'union entre les parties de l'organisation nouvelle, ne disparaît qu'après la fusion intime de celle-ci ;

« 5° Enfin, que les scissions anormales de la lèvre supérieure sont bien en réalité le produit d'un arrêt de développement dont la cause a empêché la fusion des points de l'organisation de cette lèvre, sans s'opposer à la résorption de la matière muqueuse originelle, matière dont l'existence, nécessairement temporaire, est bornée aux premiers moments de la vie intra-utérine. »

Blandin professe encore que le lobule médian se développe par deux points et non par un, comme le prétendait Blumenback. Cette nouvelle modification permettait d'expliquer le bec-de-lièvre médian.

Pour me résumer, je dis donc que, contraints par les recherches de M. Velpeau, beaucoup de chirurgiens avaient abandonné l'application première de l'arrêt de développement à la formation du bec-de-lièvre ; si bien, que par ces mots ils proclamaient

hautement ne vouloir nullement dire que cette difformité fût due *à la persistance d'un état normal de l'embryon.* (Després ; ouvrage cité, p. 33.) La chose ainsi comprise, les arguments de M. Velpeau tombaient d'eux-mêmes.

Mais, il faut l'avouer, les quatre points primitifs, assignés par Blandin à l'évolution de la lèvre supérieure, n'ont jamais été démontrés. La difficulté était donc loin d'être résolue, et les partisans de l'arrêt de développement n'avaient rien de mieux à faire, que d'en appeler à un trouble survenu dans l'évolution de l'os intermaxillaire pour expliquer le bec-de-lièvre. Toutefois, cette explication ne pouvait s'étendre à la bifidité labiale simple. Il y avait donc là, dans l'étiologie du bec-de-lièvre, un vide à combler, et pour atteindre ce but, un seul moyen se présentait : il fallait se placer sur le même terrain que M. Velpeau, observer et constater s'il ne s'était pas fait illusion. Or, c'est ce qui a été fait par un homme muni de toutes les garanties désirables, puisqu'il occupe le premier rang parmi les embryologistes français, par M. Coste, professeur au Collége de France.

En effet, les recherches de M. Coste, sur le développement de la face, *démontrent* ce que Blumenback et autres n'avaient fait que *supposer*, c'est-à-dire la division primordiale de la lèvre supérieure en plusieurs parties distinctes. On peut se convaincre de cette vérité, en jetant un coup d'œil sur les planches publiées par M. Coste, et reproduites dans plusieurs ouvrages, notamment dans l'Atlas de Bourgery, et dans le IIe vol. de *Physiologie* de M. Longet. Mais, du reste, il n'est pas de médecin qui ne puisse constater facilement ces divisions normales de la lèvre supérieure, sur un embryon d'à peu près un mois. Pour ma part, il m'a été donné d'en observer plusieurs, et j'en possède encore un de cet âge sur lequel cette disposition est ou ne peut plus manifeste. Comme les idées de M. Coste me paraissent devoir être importées en chirurgie, il ne sera pas inopportun, je pense, de rappeler ici, en peu de mots, comment, d'après cet embryologiste distingué, s'effectue le développement de la face.

Le travail embryogénique de la face s'opère comme dans le reste du corps, c'est-à-dire par des lamelles ou arcs (arcs branchiaux au viscéraux), qui, procédant d'arrière en avant, tendent à se réunir sur la ligne médiane. C'est sur le premier de ces arcs que la face prend naissance, et cela, comme il suit : d'abord apparaissent trois tubercules ou bourgeons primitifs, l'un supérieur ou frontal, et les deux autres latéraux. Ces trois bourgeons convergeant vers la ligne médiane , circonscrivent un espace triangulaire, sorte de cloaque destiné à former les cavités

buccale et nasale. En effet, tout autour de cet espace triangulaire, et par conséquent sur les trois bourgeons primitifs, vont se montrer huit appendices ou bourgeons secondaires, qui, par leur combinaison, doivent constituer successivement les diverses parties de la face.

Les deux tubercules ou bourgeons inférieurs sont pour la mâchoire inférieure.

En avant et en dehors des deux bourgeons précédents on en voit deux autres très éloignés pendant quelque temps l'un de l'autre ; ils sont destinés à la lèvre supérieure.

Dans l'intervalle que ces deux derniers bourgeons laissent entre eux, par conséquent sur le bourgeon frontal, se développent deux autres appendices également très écartés l'un de l'autre, à ce point, que l'œil est complétement refoulé en arrière; ce sont les bourgeons incisifs.

Enfin, à droite et à gauche, entre le bourgeon incisif et celui de la lèvre supérieure, surgit un autre tubercule ; c'est celui de l'aile du nez.

Les deux tubercules inférieurs destinés à la mâchoire inférieure opèrent d'abord leur fusion. Cette mâchoire, se développant avant les parties de la région cervicale, forme un anneau parfaitement distinct, comme on le voit très bien sur l'embryon que je possède.

L'extrémité externe de la fente comprise entre les bourgeons nasal et incisif, se renfle et représente l'ouverture de la narine.

Puis s'effectue avec rapidité le rapprochement des bourgeons *mandibules supérieurs* et *incisifs*. Le volume de ces derniers diminue beaucoup. Au contraire, les bourgeons de l'aile du nez augmentent ; leur bord externe se soude avec la mandibule supérieure, et dès lors le rapprochement de celle-ci amène nécessairement celui des premiers.

La fusion des tubercules respectifs une fois opérée, on conçoit facilement la séparation des orifices buccal et nasal.

Mais à ce travail il faut en joindre un autre qui sépare les cavités du même nom. En effet, en dedans de la mandibule supérieure se détache une demi-voûte palatine qui se réunit à celle du côté opposé.

Quant à la cloison des fosses nasales, elle paraît être une émanation du bourgeon incisif. Je suis étonné de voir dans Longet, qu'elle vient toujours de la voûte et descend jusqu'à la rencontre du plancher avec lequel elle se soude. (*Traité de phys.*, t. IIe, p. 203.)

Supposez, maintenant, que telles ou telles parties ne se sou-

dent pas, et vous aurez l'explication facile de la formation de toutes les espèces de becs-de-lièvre.

Les résultats obtenus par M. Coste ne permettent donc plus de se demander avec M. Cruveilhier : « Y a-t-il une époque de la vie embryonnaire et fœtale dans laquelle le produit de la conception présente à la lèvre supérieure deux divisions comme dans le bec-de-lièvre double, une seule division comme dans le bec-de-lièvre simple? La lèvre se développe-t-elle par deux moitiés latérales, qui, d'abord séparées, se réuniraient sur la ligne médiane ?..... etc. Voilà des questions qui ne me paraissent pas résolues et qui me forcent à suspendre mon jugement. »

Quant à moi, je le déclare, la chose me paraît jugée. Donc, contrairement à l'opinion de MM. Velpeau et Cruveilhier, il me semble exact de prétendre que le bec-de-lièvre *doit parfois* être rapporté à un véritable arrêt de développement; qu'il *peut être* une *malformation* et non pas une *déformation* ; qu'il *peut consister*, non dans la division de la lèvre, ni dans un empêchement apporté à l'évolution de telle ou telle partie de la lèvre ou de l'os intermaxillaire, mais bien dans la *non réunion* des éléments qui constituent la lèvre ou la mâchoire supérieure.

Ce dernier paragraphe prouve amplement combien je tiens à ne rien exagérer, à ne pas associer l'erreur à la vérité. Je le répète, la lèvre est primordialement divisée, c'est positif. Donc, il est positif aussi que le bec-de-lièvre peut être produit par la non réunion des parties. Mais est-ce à dire que cette difformité reconnaîtra toujours pour cause un arrêt de développement? Je me suis bien gardé de formuler une assertion aussi absolue. Il est bon d'y regarder à deux fois, avant de rejeter complétement l'opinion d'un homme aussi considérable que M. Velpeau. Or, cet observateur distingué soutient avoir souvent constaté que la scissure labiale a été le résultat d'une altération pathologique ou mécanique. Cette cause, en effet, serait pour moi irrécusable, quand je n'en aurais pour preuve que la tête dont j'ai donné la description. Toutes ses parties, frontal, pariétal, temporal, sphénoïde, etc., proclament hautement, par leur aspect, qu'elles ont été le siége d'un état morbide. Cet état morbide a frappé la portion de l'os intermaxillaire qui soutient les incisives moyennes et la portion labiale qui lui correspond, et de là l'établissement d'une scissure médiane de la lèvre. Ne faut-il pas voir dans ce fait (c'est le moment de le faire remarquer) ; ne faut-il pas, dis-je, y voir une preuve, non-seulement de l'existence de l'os intermaxillaire, mais encore des quatre points distincts que lui attribue Nicati, dont deux correspondant aux deux incisives moyennes, et

les deux autres aux latérales? Et, d'un autre côté, l'absence de la cloison des fosses nasales coïncidant avec le défaut de la portion incisive moyenne de l'os intermaxillaire et de la lèvre, ne milite-t-elle pas fortement en faveur de l'opinion qui considère la cloison nasale comme une émanation du bourgeon incisif?

Mais l'aspect morbide de la tête n'est pas le seul motif qui m'engage à regarder ce nouveau cas de bec-de-lièvre médian, et même ceux qui pourraient se présenter encore, comme produits par une déperdition de substance; car sera-t-on en droit de le rapporter à la permanence d'un état primordial de l'embryon, à la non-réunion des bourgeons incisifs, si on se souvient que la soudure de ces bourgeons s'opère de *très bonne heure*, et qu'en général les organes dans lesquels on observe en plus grand nombre des imperfections de développement, sont ceux dont l'évolution complète est la plus tardive. C'est pour cela que, jusqu'à ce jour, il n'a été fait mention qu'une fois du bec-de-lièvre de la lèvre inférieure, encore était-il incomplet. La précocité de la fusion des deux pièces qui la constituent en rend compte.

J'ajouterai qu'il pourrait bien se faire que le bec-de-lièvre médian fût une conséquence du bec-de-lièvre double. En effet, il existe dans les annales de la science des exemples de division double de la lèvre, sans division de la voûte et du voile du palais. Nicati a dessiné un fait de cette espèce, rapporté par Leuckart. La partie séparée supportait les deux incisives moyennes. Supposez qu'une cause eût détruit cette partie séparée, et il y aurait eu formation d'un bec-de-lièvre médian, identique au fait que je publie.

Enfin, pour ne rien omettre, je signalerai cette tendance de l'organisation vers la ligne médiane; cette symphisie générale attestée par le sphénoïde, l'ethmoïde, les maxillaires supérieurs, comme pouvant avoir pris quelque part à la formation de ce bec-de-lièvre, en occasionnant l'atrophie complète de ce qui manque au maxillaire supérieur et à la lèvre.

En résumé, le bec-de-lièvre médian peut, à la rigueur, reconnaître trois causes :

1° La non-réunion des tubercules incisifs;

2° Une tendance trop forte du travail embryogénique vers la ligne médiane;

3° Une cause pathologique; c'est celle que je place de beaucoup avant les autres.

Jusqu'à présent, en fait de causes de bec-de-lièvre, je n'ai discuté que l'arrêt de développement et les maladies du fœtus; mais il en est deux autres que beaucoup d'auteurs ne mention-

nent qu'à titre de souvenir, qui suscitent même le sourire moqueur de quelques autres : je veux parler de l'influence de l'imagination de la mère, et de l'hérédité, ou altération primitive des germes.

Voici un fait qui me paraît propre à diminuer l'hostilité des médecins qui proscrivent ces deux dernières causes.

Dans le mois de juin 1851, M. G., de Labréde, vint me demander un conseil pour son enfant, affecté d'un bec-de-lièvre unilatéral gauche. Cet enfant, de sexe masculin, et d'ailleurs parfaitement portant, n'avait que douze jours. Fallait-il opérer de suite, ou attendre l'âge de cinq à six ans? Telle est la question à laquelle le père me pria de répondre. Je n'ai pas besoin de dire que, me conformant aux errements aujourd'hui justement professés par les hommes de l'art les plus compétents, je me décidai sur-le-champ pour l'opération immédiate. Une consultation fut cependant nécessaire pour faire consentir le père; c'est qu'il avait une raison toute spéciale pour se montrer réfractaire à ma manière de voir : lui-même, en effet, avait été affecté d'un bec-de-lièvre congénial, et n'avait subi qu'à l'âge de six ans l'opération, qui avait parfaitement réussi, sauf l'encochure. Or, M. G. me certifia que, seul de sa famille, il avait été atteint de cette difformité, et qu'il avait toujours entendu dire à sa mère qu'il fallait sans doute l'attribuer à une impression très vive qu'elle avait éprouvée au commencement de sa grossesse, en apercevant un lièvre appendu au plancher d'une maison voisine. La conformation labiale de cet animal l'avait profondément frappée; et pendant tout le temps de sa grossesse, elle avait été continuellement poursuivie par la pensée que son enfant naîtrait avec une disposition semblable.

Ce fait ne prouve-t-il pas l'influence de l'imagination de la mère?

Mais ce ne fut pas là le seul renseignement intéressant que me fournit M. G. Il me raconta, en effet, que déjà il avait eu un autre enfant, encore de sexe masculin, mais mort en naissant, et comme le second, porteur d'un bec-de-lièvre également unilatéral gauche; et cependant, jamais sa femme n'avait eu seulement la pensée que ses enfants pourraient présenter la difformité dont le père avait été affecté. Mme G. me l'a formellement déclaré à plusieurs reprises : on avait eu grand soin de lui cacher ce qui était arrivé à son premier enfant. Ainsi donc, M. G. a eu un bec-de-lièvre congénial, unilatéral, gauche, opéré et bien guéri à l'âge de six ans. Sa femme n'éprouva aucune idée fâ-

cheuse, et cependant les deux enfants qu'elle a sont conformés identiquement comme l'avait été le père.

Ce fait ne milite-t-il pas en faveur de l'hérédité? Je n'ignore pas que l'imagination de la mère et l'hérédité, comme causes de bifidité labiale, sont généralement repoussées par les savants. Je sais que peu s'en est fallu qu'elles n'eussent le même sort que celles de Jourdain et d'Osiander, qui attribuaient la formation du bec-de-lièvre, le premier, à une déchirure que le fœtus se serait faite lui-même avec les poings; le second, à une humeur crânienne qui, tombant à travers l'ethmoïde sur la membrane dont la bouche est formée, en détermine la rupture sur la ligne médiane. Aussi, quelque concluants que me parussent ces faits, j'aurais reculé devant l'idée de les faire concourir à la réhabilitation d'opinions qui ne trouvaient plus d'écho dans l'esprit des médecins, si mes investigations ne m'avaient appris que je pouvais m'abriter sous l'autorité de noms respectables. Voici, en effet, ce que je trouve dans la *Gazette des hôpitaux*, année 1847, p. 274 :

« Le sujet, dit M. Roux, à propos du bec-de-lièvre, est une petite fille de cinq ou six ans, qui offre, à l'égard des causes, un grand intérêt. Nous voulons parler de l'influence de l'hérédité. Le père et l'aïeul paternel de cette enfant ont été affectés d'un bec-de-lièvre. Son frère et ses sœurs ne sont pas tout à fait dans ce cas ; *mais ils portent les traces de la réunion tardive des deux parties qui concourent à la formation du sillon latéral de la lèvre supérieure.* Il y a une petite dépression verticale, comme si l'opération avait été faite.

« En 1843 ou 1844, M. Roux a opéré d'un bec-de-lièvre un enfant qui avait six doigts à chaque main et six orteils à chaque pied. L'hérédité se manifestait ainsi à la fois par plusieurs vices de conformation, tous transmis du père à la fille. »

Toujours a propos de l'étiologie, le professeur touche en passant la question si controversée des effets de l'imagination de la mère. A ses yeux, ces effets sur la production du bec-de-lièvre sont incontestables. On eut le tort de les exagérer, et celui non moins grand de les nier, parce qu'on ne les comprenait pas ; comme si, par cela seul qu'un fait est inexplicable, il fallait en rejeter l'existence. Voici un remarquable exemple de cette influence de l'imagination :

« Une femme est prise, dès le commencement de sa grossesse, d'une véritable passion pour des lapins. Elle les soigne elle-même, ce qu'elle ne faisait jamais auparavant ; elle va les visiter souvent, et elle est vivement frappée de la conformation

de leur bouche. Elle annonce souvent ses craintes de mettre au monde un enfant affecté de bec-de-lièvre, et cette appréhension se réalise. »

Voilà donc trois faits, dont deux prouvent l'influence de l'hérédité, et l'autre celle de l'imagination de la mère.

Un autre chirurgien distingué, M. Demarquay, dans un travail dont rend compte la *Gazette des hôpitaux* (13 mars 1845) ; travail intitulé : *Considérations pratiques sur le bec-de-lièvre*, cite six observations en faveur de l'hérédité. Parmi ses six observations, deux lui appartiennent, trois sont dues à MM. Thierry, Lebert, Lacazette ; enfin, la sixième est de M. Roux. Je ne sais si cette dernière est une de celles que je viens moi-même de rapporter. A mon grand regret, il m'a été impossible de me procurer le Mémoire de M. Demarquay.

Je me suis demandé si, pour les faits relatifs à l'imagination de la mère, il n'existait pas de condition capable de nous faire démêler la vérité de l'erreur. Le charlatanisme, l'amour du merveilleux, une simple coïncidence, peuvent nous faire prendre le change. Comment déjouer ces causes d'erreur ? A-t-on indiqué quelque moyen ? Je l'ignore. Quant à moi, je ne crains pas de dire que tout fait de cette nature me paraîtra étranger à l'influence de l'imagination de la mère, si l'impression fâcheuse de celle-ci est postérieure au deuxième mois, époque vers laquelle, à peu près, les diverses parties de la lèvre supérieure sont complétement soudées. Aussi, aux faits que je viens de citer, n'ai-je pas voulu ajouter celui de M. Martin, de Lyon, publié dans le *Journal général de médecine*, t. XLV, et mentionné dans plusieurs ouvrages comme très authentique. Ce fait commence par ces mots : « Une femme enceinte de *quatre mois et demi* est vivement frappée à la vue d'un lièvre, etc. » Je comprends qu'une vive impression ressentie par la mère rende permanent un état transitoire du fœtus; mais qu'elle soit capable de détruire ce qui est déjà parfaitement constitué, c'est chose que l'état actuel de la science ne permet pas d'admettre.

Comme la pratique doit toujours être le couronnement des efforts du médecin, je n'ai pas voulu terminer ce travail sans me demander quels sont les moyens les plus propres à faire disparaître le bec-de-lièvre. Pour être parfaitement à même d'éclaircir ce point, il serait bon, je ne me le dissimule pas, d'avoir mis un nombre suffisant de fois en pratique les diverses manières d'agir. Mais, à défaut d'une longue expérience personnelle, on peut, en appréciant la pratique d'autrui, arriver par la raison seule à choisir le meilleur parti. Qu'on ne s'étonne

donc pas que j'ose aborder la thérapeutique du bec-de-lièvre, malgré les modifications si avantageuses qu'elle a subies dans ces derniers temps.

On est d'accord, aujourd'hui, qu'on peut et même qu'on doit opérer immédiatement après la naissance. Les différentes discussions qui ont eu lieu à ce sujet au sein de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie, ne laissent plus matière au doute. Quant au traitement en lui-même, il présente deux indications essentielles à remplir :

1° Aviver les bords de la bifidité ;

2° Les maintenir dans un contact parfait et assez prolongé pour que leur soudure puisse s'effectuer.

L'avivement des bords se fait au moyen du bistouri ou de ciseaux. Malgré l'assertion de Lisfranc, qui demandait à ce sujet si une couturière préférerait le bistouri aux ciseaux pour couper des étoffes, je crois que ces derniers ne sont pas à dédaigner. Quand ils sont courbés sur leur plat et qu'ils coupent convenablement dans toute leur étendue, l'opération doit être plus rapide, et par la concavité des surfaces saignantes (procédé de Husson fils), on peut, dans certains cas, éviter l'encochure. J'avoue cependant que les procédés ingénieux de Clémot (de Rochefort), et de Mirault (d'Angers), me paraissent plus propres à prévenir cette imperfection, d'ailleurs, le plus souvent, tellement légère, qu'elle serait indigne de l'attention du chirugien, s'il ne s'agissait de la face, à la régularité de laquelle nous attachons naturellement tant de prix. Chez l'enfant de M. G., dont j'ai parlé plus haut, je me suis bien trouvé du procédé de Mirault (d'Angers). La coche n'existe pas. Je renvoie aux auteurs *ex-professo* pour la connaissance des divers procédés opératoires proposés pour la cure du bec-de-lièvre. Je me permettrai seulement de discuter le point relatif à l'affrontement des surfaces saignantes. Ce point pratique exige, pour être sainement jugé, qu'on le considère : 1° dans le bec-de-lièvre simple; 2° dans le bec-de-lièvre compliqué.

1° Dans le bec-de-lièvre simple. — La suture entortillée et un appareil contentif, tels sont les moyens indiqués. Cependant, des praticiens haut placés n'emploient uniquement que la suture entortillée : tel est le professeur P. Dubois. Dans une séance de l'Académie de médecine, ce praticien distingué communiqua une série de faits, suivis tous de parfaite guérison, pour prouver les avantages de l'opération immédiate. Or, dans aucun de ces cas, M. Dubois ne fit usage d'appareil contentif. Chaque jour il remplaça les fils pour éviter la section des tissus, et les épingles ne

restèrent pas en place plus de quatre jours. Sauf le renouvellement des fils, je n'ai pas agi autrement sur l'enfant de M. G., qui n'a pas été moins heureux que les opérés de M. Dubois. Cette conduite, toutefois, est-elle la plus convenable? C'est à peine si j'ose répondre par la négative, quand je songe à l'expérience non moins sage que vaste de cet illustre maître. Mais n'est-il pas vrai que la rupture de la cicatrice peut arriver non-seulement au quatrième, mais au sixième et au huitième jour? M. Lenoir en a cité des exemples à la Société de chirurgie. M. Maisonneuve a observé la solution de la cicatrice, même au quinzième jour. La prudence nous fait donc un devoir de ne pas négliger le secours d'un appareil contentif.

Mais quel sera cet appareil contentif? voilà la difficulté. Ce n'est pas sans raison, en effet, qu'on a reproché au bandage unissant des anciens, et même à celui de Desault, de gêner les mouvements chez les jeunes enfants, de les fatiguer, et partant de nuire au succès de l'opération. C'est ce qui fit que Ledran et Garengeot conseillèrent de le remplacer par les emplâtres agglutinatifs ; mais ces substances ont le tort d'irriter la peau et d'amener parfois des érysipèles. Je ne parle pas du bandage amidonné de M. Seutin, qui ne devrait jamais avoir vu le jour. Mais pourquoi, à l'imitation du docteur Lesueur de Vimoutiers, n'emploierait-on pas le collodium pour fixer sur les joues une bandelette destinée à les rapprocher? Ce moyen si simple me paraît remplir parfaitement l'indication.

Tout dernièrement, M. Rigal de Gaillac a fait part à la Société de chirurgie, d'un nouveau moyen, la suture élastique. La bandelette de caoutchouc vulcanisé (1), beaucoup plus docile que le ruban de fil, obéit à la tuméfaction des tissus et ne les scie pas. Mais cette bandelette seule est-elle suffisante pour maintenir solidement le contact des surfaces? Cela me paraît contestable.

On échapperait, ce me semble, à toute espèce de reproche,

(1) Les bandelettes de caoutchouc vulcanisé sont destinées, à mon avis, à être employées beaucoup plus fréquemment qu'on ne le fait aujourd'hui, principalement à titre de moyen de compression ; méthode dont personne n'ignore les précieux avantages. Mais la compression, presque partout facile à établir, est, au contraire, parfois très-difficile à maintenir ; par exemple, sur la cavité thoracique, on sait pourquoi. En faisant usage des bandelettes de caoutchouc, on éviterait cet inconvénient, et ainsi tous les avantages de la compression seraient conservés. J'ai déjà commencé à mettre cette idée en pratique. Aussitôt que j'aurai un nombre suffisant de faits, je m'empresserai de les faire connaître.

en mariant l'idée de M. Dubois avec celle de M. Rigal ; c'est-à-dire, en appliquant d'abord la suture élastique, puis par-dessus celle-ci la suture entortillée. La première empêcherait la deuxième de blesser les tissus, et permettrait impunément son renouvellement journalier, de manière à ne pas incarcérer la tuméfaction. Au quatrième jour, le fil serait définitivement enlevé ; mais on laisserait encore la bandelette par précaution. N'est-ce pas, en effet, compromettre l'adhésion, que de la livrer tant soit peu à elle-même dès le lendemain de l'opération, sans tenir compte des cris ni des mouvements des enfants ?

Si dans le bec-de-lièvre simple il est prudent, outre la suture entortillée, d'avoir recours à un appareil contentif, à plus forte raison dans le bec-de-lièvre compliqué. Naguère, dans ces cas, l'opération échouait presque toujours, parce que la suture entortillée n'était pas secondée par un appareil contentif suffisant. M. Philips, en inventant un procédé efficace, a rendu un véritable service à la science. Ce procédé consiste à placer deux petites plaques de carton sur les côtés des ailes du nez, à traverser la base de cet organe avec une forte épingle qui prend un point d'appui sur les plaques de carton. Un fil ciré en 8 de chiffre empêche le retrait des ailerons. On devine aisément combien cette manœuvre facilite le rapprochement des lambeaux latéraux de la lèvre. C'est ce procédé que je me proposais de mettre en pratique sur un enfant âgé seulement de quelques jours, et qui m'avait été envoyé par mon distingué confrère, M. Henri Gintrac. Malheureusement, cet enfant mourut la veille du jour fixé pour l'opération. Dans ce cas, l'os inter-maxillaire, complétement séparé des maxillaires supérieurs, était porté en avant et en haut, de façon à rendre les incisives à peu près horizontales. Le tubercule charnu, de forme triangulaire, très petit, était situé au bout du nez. A droite et à gauche il y avait division complète de la voûte et du voile du palais. Mon intention aurait été de conserver l'os intermaxillaire, pour éviter le vide considérable qu'aurait laissé son ablation ; mais il était tellement fixe, que, malgré la portion que j'aurais eu soin de retrancher à la cloison (procédé de Blandin), je m'attendais à me voir obligé d'enlever cet os, ainsi que l'ont fait déjà, avec succès, MM. Roux, Jobert, Nélaton, etc. Le petit tubercule charnu devait me servir à former la sous-cloison (procédé de Dupuytren).

Cependant, l'écartement des mandibules me paraissait devoir être si considérable, que, craignant la section des tissus par les fils et les épingles, je voulais, après avoir traversé les lèvres de *part en part*, à 1 centimètre à peu près en dehors des surfaces

saignantes et avec des épingles de grosseur moyenne, courber ces épingles en avant pour éviter le renversement des bords, puis réunir comme je l'ai dit plus haut, c'est-à-dire par la suture élastique surmontée de la suture entortillée. C'est surtout dans des cas semblables que cette manière d'agir me paraît utile. Telle sera ma conduite à la première occasion.

Chez les enfants nouvellement nés, l'opération du bec-de-lièvre doit être faite avec promptitude. Le chirurgien doit, chez eux, redouter la syncope, et surtout ne pas confondre cet état avec l'asphyxie que peut occasionner la coagulation du sang dans le larynx. Dans cette occurrence, il faudrait imiter la conduite du professeur Roux, qui sauva son jeune opéré en détruisant le caillot au moyen d'une sonde de femme.

Enfin, je terminerai ces *Considérations sur le bec-de-lièvre*, en faisant remarquer que cette difformité peut guérir spontanément dans le sein de la mère.

M. le docteur Rennes, de Bergerac, a publié, dans la *Gazette des hôpitaux*, trois observations de cette nature, recueillies dans sa pratique en un court espace de temps. Il cite même un quatrième fait, mais au sujet duquel il croit devoir rester dans le doute. C'est une vielle fille au nez camard, aux ailes fort courtes, à la lèvre supérieure longue et plate, qui portait une apparence de cicatrice latérale.

A l'occasion de la note de M. Rennes, M. Dieudonné, de Bruxelles, rapporta un cas semblable.

L'enfant que j'ai opéré présentait encore cette curieuse particularité. La couture forme une ligne très sensible, plus blanche que les parties environnantes ; elle est oblique de bas en haut et de dehors en dedans, va mourir vers le milieu de la narine correspondante, et n'est ni plus ni moins éloigné de la ligne médiane que le bord interne de la bifidité labiale. De sorte qu'après l'opération, on aurait juré que l'enfant avait été affecté d'un double bec-de-lièvre.

Dans le troisième fait de M. Rennes, on pouvait suivre les traces de la couture congéniale sur la gencive et la voûte palatine. Il en était de même dans le cas de M. Dieudonné, qui présentait, en outre, une division de la luette et du voile du palais. Cela n'existait pas sur mon opéré.

J'oserais avancer que la guérison intra-utérine du bec-de-lièvre, ou réunion tardive de la mandibule supérieure avec le lobule médian, n'est pas aussi extraordinairement rare que semblent le prétendre M. Rennes et le rédacteur de la *Revue médico-chirurgicale*. Il faut attribuer sans doute à l'inattention des médecins

le silence que gardent les auteurs à l'endroit de ces sortes de cicatrices. Si l'attention se fixait sur ce point, de nouveaux faits ne tarderaient pas, je crois, à se produire. Du reste, on avait déjà remarqué ces coutures congéniales. J'en donne pour preuve ce passage d'une observation ci-dessus relatée, où M. Roux dit : Le frère et les sœurs de cette enfant (affectée de bec-de-lièvre) ne sont pas tout à fait dans ce cas, *mais ils portent les traces de la réunion tardive des deux parties qui concourent à la formation du sillon latéral de la lèvre supérieure.* Cette remarque n'est, de la part de M. Roux, l'objet d'aucune réflexion particulière. Cela ne doit-il pas faire supposer que ce genre de cicatrice s'était déjà assez fréquemment offert à son observation ?

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

17. *Observation d'anévrisme faux consécutif de l'artère cubitale à la partie inférieure du bras gauche ; tumeur du volume d'un œuf aplati ; électro-puncture; guérison ; suivie du résumé des cas d'anévrismes traités par la galvano-puncture* ; par M. Amussat.

(Gazette médicale de Paris, N° 30 ; 1851.)

J'ai eu l'honneur de présenter dernièrement à l'Académie de médecine la personne qui fait le sujet de l'observation suivante.

Obs. — Le 22 septembre 1847, M. C..., âgé de 35 ans, boucher à Melun, se fit une blessure à la partie inférieure du bras gauche avec la lame d'un fort canif, en voulant couper une corde qui liait les pattes d'un veau. Aussitôt un jet de sang s'élance au loin, indiquant qu'une artère a été ouverte. On se hâte de poser sur la plaie un appareil que l'on soutient par une forte compression. L'hémorrhagie s'arrête, la petite plaie se cicatrise ; mais au bout de huit jours on constate, dans le lieu de la blessure, une tumeur élastique offrant des battements isochrones à ceux du cœur. Dix-sept jours après l'accident, le malade m'est adressé par mon honorable confrère et ami le docteur Bancel, médecin à Melun. Le bras et la main gauches sont le siége d'un gonflement considérable. Les mouvements des doigts sont difficiles et les douleurs que le malade éprouve dans ces parties sont tellement vives qu'elles le privent de sommeil. Il existe à la partie inférieure et interne de l'avant-bras une cicatrice linéaire, oblique, de l'étendue d'un centimètre environ, placée au centre d'une tumeur du volume d'un œuf aplati, dure dans quelques points, élastique dans d'autres et offrant des pulsations isochrones

à celles du pouls. On entend aussi dans cette tumeur une sorte de bruit de râpe assez fort. Les battements et le bruit cessent lorsque l'on comprime fortement l'artère brachiale.

Il ne reste donc aucun doute sur le diagnostic ; il s'agit bien en effet, ainsi que l'avait pensé M. Bancel, d'un anévrisme faux consécutif, et ce diagnostic est porté aussi par MM. Foullioy, Troussel, L. Boyer, etc., qui examinent le malade.

Si, il y a quelques années, un cas pareil se fût offert à mon observation, je n'aurais pas hésité à pratiquer la ligature de l'artère. Mais après avoir lu les travaux récents et les observations de M. Pétrequin, relatifs au traitement des anévrismes par l'électro-puncture, je pensai que cette méthode qui consacre d'ailleurs le principe que j'ai émis qu'il faut, autant que possible, chercher à éviter les opérations sanglantes ; je pensai, dis-je, et mon avis dans ce sens fut partagé par les honorables confrères que je viens de nommer, que l'électro-puncture pouvait être pratiquée.

Le 13 octobre 1847, je fais une première application de ce moyen. Deux aiguilles fines en platine, recouvertes dans leur partie qui devait être en contact avec la peau d'une couche légère de gomme laque, sont introduites dans la tumeur. Pendant cinq minutes, les conducteurs métalliques d'une pile à auges de trente couples sont mis en contact avec les aiguilles ; on arrive graduellement jusqu'à douze couples. Après cinq autres minutes, ce qui fait dix en tout, on retire les aiguilles parce que le malade souffre assez fortement.

On applique ensuite sur la tumeur des compresses imbibées d'extrait de saturne, et on les maintient par une bande circulaire. Aucun accident ne survient.

Le 16 octobre, *trois jours après*, la tumeur offre encore des battements dans une étendue que pourrait couvrir une pièce de 5 francs. Elle présente à son centre un point plus saillant et de couleur rougeâtre ; le bruit de rape existe, mais il est moins fort. L'avant-bras et la main sont moins tuméfiés, les mouvements des doigts sont plus libres et les douleurs ont déjà beaucoup diminué.

Après cet examen, nous appliquons de nouveau l'électro-puncture, et cette fois nous plaçons quatre aiguilles dans la tumeur. Cette séance, assez douloureuse comme la première, dure seize minutes et nous allons jusqu'à dix-sept couples.

Même pansement qu'après la première séance.

Quatre jours après, nous constatons que la tumeur est plus circonscrite et plus dure. On n'y perçoit aucun battement, ni

aucun bruit. Dans le point où existait la tumeur, on remarque une coloration brune. L'avant-bras est moins gonflé, ainsi que la main.

Enfin de jour en jour, pour ainsi dire, la tumeur a diminué de volume, n'a plus offert de battements et les mouvements du membre sont redevenus aussi libres qu'avant l'accident.

Depuis cette époque, la guérison s'est maintenue, comme on peut le voir sur le jeune homme que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie.

C'est donc un fait de plus en faveur de l'électro-puncture appliquée à la cure des anévrismes. Je regrette qu'il ne m'ait pas été possible de le présenter plus tôt à l'Académie. Toutefois le temps qui s'est écoulé augmente encore l'intérêt qui s'y rattache, puisqu'on voit que, depuis près de quatre ans, le résultat est resté aussi satisfaisant que possible.

En comparant ce fait et les faits analogues avec les observations connues d'anévrismes traités par la ligature des artères, je n'hésite pas à dire que si j'avais un anévrisme je donnerais la préférence à l'électro-puncture, mais avec beaucoup de précautions pour les grosses artères.

Résumé des cas d'anévrisme traités par la galvano-puncture.

Disons d'abord que l'idée de guérir les anévrismes externes par la galvano-puncture a été émise, il y a déjà longtemps, par M. Pravaz (de Lyon), ainsi que le témoigne un article du *Dictionnaire de médecine* publié en 1834 par MM. Marjolin et Bérard. « On a imaginé, disent ces auteurs, de provoquer la coagulation « du sang dans le sac à l'aide de l'électricité, qui y serait trans- « mise par des aiguilles plongées dans la tumeur. Cette idée, qui « est due à M. Pravaz, n'a point encore, à notre connaissance, « été mise en exécution. »

En effet, il faut arriver jusqu'en 1838 pour trouver un fait d'anévrisme traité par la galvano-puncture. Ce fait, qui appartient à M. Liston (de Londres), a été publié d'abord dans *the Lancet*, puis dans la *Gazette médicale de Paris* du 22 septembre 1838. Après M. Liston, on indique M. Philips, autre chirurgien anglais, comme s'étant occupé du même sujet sans plus de succès.

Enfin cette idée fut reprise par M. Pétrequin (de Lyon,) qui communiqua à l'Académie des sciences, vers la fin de 1845, plusieurs observations d'anévrismes traités ou guéris par la galvano-puncture.

Depuis cette époque, d'autres chirurgiens, MM. Ciniselli (de

Crémone), Hamilton (de Dublin), Restelli (de Milan) un chirurgien de Gênes dont le nom n'est pas indiqué, MM. Debout, Guérineau et nous-même avons appliqué la galvano-puncture au traitement d'anévrismes externes des différentes régions.

Voici un résumé de chacune des observations qui ont été publiées.

Obs. I. — Anévrisme de l'artère sous-claviculaire droite chez un jeune homme âgé de 23 ans ; application de la galvano-puncture. La tumeur se gangrène par l'action trop forte du courant galvanique. On pratique la ligature des artères sous-clavière et carotide à leur origine. Le malade guérit (Liston, *the Lancet.* ; *Gazette Médicale*, 22 septembre 1838.)

Obs. II. — Anévrisme de l'artère ophthalmique et de l'origine de ses branches, avec exophthalmie. D'abord ligature de l'artère carotide primitive. Apparence momentanée de succès. Les battements reparurent dès la deuxième semaine. Application de l'électro-puncture. *Aucun résultat* ; par M. Pétrequin. (*Encyclog. belge*, décembre 1845.)

Obs. III. — Anévrisme traumatique de l'artère temporale ; guérison en une séance par la galvano-puncture ; par M. Pétrequin (de Lyon). (*Encyclog. belge*, décembre 1845.)

Obs. IV. — Anévrisme du pli du coude, suite de saignée ; galvano-puncture. Première application. Le malade, indocile et pusillanime, se refuse obstinément à une deuxième séance galvanique, qui eut peut-être réussi ; par M. Pétrequin (de Lyon). (*Encyclog. belge*, décembre 1845.)

Obs. V. — Anévrisme volumineux du pli du coude, consécutif à une saignée ; galvano-puncture ; guérison en une séance ; par M. Pétrequin. (*Annales de thérapeutique*, août 1846.)

Obs. VI. — Anévrisme poplité ; galvano-puncture ; guérison ; par M. Ciniselli (de Crémone.) (*Encyclog. belge*, février 1846.)

Obs. VII. — Anévrisme de l'artère carotide, traité par le galvanisme ; coagulation du sang dans la tumeur ; mort ; par M. Hamilton, chirurgien de l'hôpital de Richmond.

Le 15 mai 1846, application du galvanisme à la tumeur. Deux aiguilles en or, comme plus favorables à la coagulation du sang que les aiguilles d'acier, recouvertes jusqu'à leur pointe d'une couche de vernis à la résine laque ; pile de Smee ; douze couples zinc et argent. Au bout de 15 minutes, les battements s'affaiblissent notablement. La tumeur devient plus ferme et plus grosse. Vive douleur, comparable à celle que produirait un chien qui serrerait le cou dans sa gueule. A 25 minutes, on cesse le galvanisme.

Le lendemain et le surlendemain, la tumeur paraît avoir un volume trois ou quatre fois plus fort qu'avant la galvanisation.

M. Adam et sir S. Crampton décident qu'il ne faut pas insister sur le galvanisme. Mort trois semaines après la galvanisation. (*Encyclog. belge*, nov. 1846, pl. 265 ; extrait du *Dublin quarterly Journal of med. science.*)

Obs. VIII. — Homme ayant un anévrisme volumineux du cou ; a été reçu à l'hôpital de Pommatone, à Gênes, le 24 septembre dernier. On l'a présenté au congrès, qui a décidé que la galvano-puncture pouvait et devait être essayée. Le docteur Ciniselli a été désigné pour cette application. Six aiguilles ont été implantées; deux piles de Wollaston ont été mises en usage, de dix couples chaque. Augmentation du volume de la tumeur les jours suivants. Six évacuations sanguines sont faites. Suffocation ; mort. (*Annales de thérapeutique*, janvier 1847.)

Obs. IX.— Anévrisme du pli du coude, guéri par la galvano-puncture ; par M. Restelli.

Homme âgé de 41 ans. Tumeur anévrismale au pli du coude du côté droit, du volume d'une noix. Opération, le 28 octobre 1846, par la galvano-puncture. Pile de Bunsen. Après vingt minutes, la tumeur était devenue ferme ; ni le doigt ni l'oreille n'y distinguaient aucune pulsation. Les pulsations étaient également suspendues dans les artères radiale et cubitale ; mais l'artère humérale battait encore.

Un mois après, il ne reste plus à la place de l'anévrisme qu'une tumeur du volume d'une très petite aveline, dure et sans la moindre pulsation. La circulation s'est rétablie dans les artères radiale et cubitale. (*Encyclog. belge*, sept. 1847, t. CLXXXI, p. 269 ; extr. *di Gazetta medica di Milano.*)

Obs. X. — Anévrisme du pli du coude, suite de saignée, le 22 novembre 1846. Tumeur du volume d'un œuf de pigeon, qui est le siége du frémissement cataire à l'oreille, du bruit de râpe et des souffles les plus bruyants. Pendant quinze jours, compression. Aucun résultat.

Le 21 janvier 1847, deux aiguilles en platine sont implantées dans la tumeur. Compression de l'artère humérale, puis application de l'électricité avec une pile de quarante-quatre couples. Douleurs vives. On cesse à onze minutes, après cinquante ou soixante secousses.

Le 27, on enlève l'appareil compressif, qui avait été appliqué après la galvano-puncture. A la place de la tumeur molle, on trouve une tumeur solide, un noyau dur, qui ne présente plus

au toucher comme à l'oreille que des battements faibles et éloignés.

Le 23 février, la tumeur est beaucoup plus dure ; son volume est réduit de deux tiers. Si on la saisit et qu'on la soulève, on sent le battement normal de l'artère au-dessous. (*Bulletin thérapeutique*, 15 et 28 février 1847, p. 123, observ. par M. Debout.

Obs. XI. — Plaie de l'arcade palmaire superficielle en brisant un vase. Hémorrhagie abondante ; syncope ; compression pendant huit jours, devenue insupportable au bout de ce temps. Tumeur dans la paume de la main, du volume d'un petit œuf de poule, offrant des battements isochrones à ceux du pouls ; bruits de souffle assez intenses, qui cessent par la compression de l'artère humérale.

Le 26 août 1847, seize jours après l'accident. Galvano-puncture ; quatre aiguilles ; pile de Volta pendant quinze minutes. Compression sur l'artère humérale pendant cette application ; compression après.

Trois jours après, *rupture de la cicatrice* ; *hémorrhagie* ; *ligature de l'artère cubitale* ; cicatrisation de la plaie sans accident.

Le 15 septembre, nouvelle tumeur un peu moins volumineuse que la première, présentant des battements et un bruit de souffle.

Le 18 quatre aiguilles ; galvano-puncture ; quatorze couples pendant seize minutes ; coagulation du sang dans la tumeur ; plus de battement ni de bruit de souffle.

Le lendemain, nouvelle galvano-puncture.

Le 12 octobre, plus de battement ; diminution notable de la tumeur ; plaie parfaitement cicatrisée. (Obs. par M. Guérineau (de Poitiers), *Gaz. des hôp.* du 19 octobre 1847.)

Obs. XII. — Anévrisme de l'artère cubitale. Deux applications de galvano-puncture ; guérison ; par M. Amussat. (V. l'obs. qui précède.)

Obs. XIII. — Femme de 40 ans ; tumeur anévrismale du volume d'une noisette au pli du bras gauche, développée depuis deux ans, à la suite d'une saignée. M. Bossé pratiqua la galvano-puncture le 27 novembre 1847, en présence de MM. Balbieri, Nazanowitsch et Ambrogeaitsch. Guérison.

Obs. XIV. — Homme de 40 ans, atteint d'un anévrisme de l'aorte ascendante, compliqué d'hypertrophie excentrique du ventricule gauche, formant une tumeur en dehors. Deux applications de galvano-puncture sont faites. La tumeur devint plus dure. On craignit moins la rupture et une hémorrhagie féthale, (M. Bossé, *Gaz. Méd.*, 1850, n° 33.)

Obs. XV. — Anévrisme de la sous-clavière gauche, opéré et

guéri par l'électro-puncture, par M. Abeille, médecin du Val-de-Grâce. (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, séance du 9 avril 1850.)

Femme de 65 ans. Anévrisme de la sous-clavière, faisant saillie au dehors, du volume d'un œuf de poule, moitié environ de son volume total. Électro-puncture avec une pile à auges de vingt-deux couples, zinc et cuivre ; éthérisation de la malade ; mouvements convulsifs et secousses fortes du bras du côté malade. La séance dure trente-sept minutes, avec des souffrances les plus vives. Après, on n'entend plus le bruit de râpe dans la tumeur. Compression avec une pelote recouverte d'un poids d'un kilogramme ; compresses d'eau froide ; saignées ; au trente-septième jour, il n'existait plus aucune saillie à la peau. Depuis trois ans, la cure ne s'est pas démentie.

Obs. XVI. — Tumeur pulsatile dans la tête du péroné ; traitement infructueux par la galvano-puncture et la ligature de l'artère fémorale ; extirpation de la tête du péroné.

Dans ce cas, M. Gerdy tente l'emploi de la galvano-puncture. Les résultats ne sont pas heureux. Sous l'influence de l'excitation produite par ce moyen, la tumeur augmente de volume, et le malade, désespéré par l'insuccès de cette tentative, préfère quitter l'hôpital plutôt que de subir la ligature de l'artère fémorale.

A Saint-Louis, M. Malgaigne fait la ligature de l'artère fémorale sans succès. Plus tard, il fait l'ablation de la tête du péroné. Guérison. (*Bulletin de thérapeutique*, 30 janv. 1850, p. 84.)

Obs. XVII. — Anévrisme de l'artère brachiale ; par M. Laugier. Guérison. (*Bulletin de l'Acad.*, 9 avril 1850, p. 581.)

Obs. XVIII. — Anévrisme de l'artère poplité ; galvano-puncture ; inflammation du sac ; ligature de l'artère fémorale ; gangrène ; amputation ; mort ; par M. Velpeau. (*Bulletin de l'Acad.*, séance du 9 avril 1850, p. 578.)

Comme on le voit d'après les faits que je viens de résumer, la galvano-puncture, appliquée aux anévrismes externes, compte déjà un assez grand nombre de succès, surtout pour les anévrismes des membres, où son emploi paraît avoir été plus avantageux que pour ceux du cou et des autres régions. D'autres observations existent peut-être dans la science ; mais, d'après celles que nous avons recueillies, nous croyons pouvoir formuler exactement notre pensée sur ce sujet en disant que l'électro-puncture restera désormais dans la pratique, grâce aux efforts que M. Pétrequin a faits pour la tirer de l'oubli où elle avait été jetée.

Depuis ma communication à l'Académie, j'ai retrouvé dans

les journaux plusieurs faits d'anévrismes traités par la galvano-puncture, que je m'empresse d'ajouter à ceux que j'avais relatés à ce moment.

Obs. XIX. — Anévrisme poplité; par M. Pagani. Galvano-puncture; augmentation du volume de la tumeur, persistance des pulsations, œdème du membre, douleur au talon, qui empêchent d'en réitérer l'application. (*Gaz. Méd.*, décembre 1846, p. 1001.

Obs. XX. — Anévrisme (on n'indique pas son siége); par M. Centofanti. La galvano-puncture donne lieu à une escharre, après l'élimination de laquelle il survint une hémorrhagie qui obligea de lier le vaisseau au-dessus. (*Gaz. Méd.*, décembre 1846, p. 1001.)

Obs. XXI. — Anévrisme poplité du volume d'un œuf d'oie; par MM. Favale, de Lisio, Semnola et Derschia, à l'hôpital des Incurables de Naples. Après la galvano-puncture, la tumeur devint dure, solide, indolente; les mouvements sont plus libres. Le malade sort de l'hôpital trois semaines après. (*Gaz. Méd.*, 1846, p. 775.)

Obs. XXII. — Anévrisme du pli du bras, suite de saignée; par M. Pétrequin. Après une séance de galvano-puncture, la tumeur devient dure, tendue, sans pulsation ni bruit de souffle. Tout annonçait une guérison aussi complète que prochaine, huit jours après la galvano-puncture. (*Gaz. méd.*, 1846, p. 775.)

Obs. XXIII. — Anévrisme du pli du bras, suite de saignée; par M. Pétrequin. Galvano-puncture; escharres de la peau; suppuration du sac, qui se vide et se flétrit. Guérison. (*Gaz. Méd.*, 1846, p. 775.)

Obs. XXIV. — Anévrisme poplité; par M. Pétrequin. Après une séance de galvano-puncture, amélioration très grande. La tumeur est réduite au volume d'un petit œuf. Le malade ne souffre pas, marche bien et n'est plus gêné par le volume de la tumeur. (*Gaz. Méd.*, 1846.)

Obs. XXV. — Anévrisme du pli du bras, suite de saignée; par M. Capelleti. Après la deuxième séance de galvano-puncture, douleurs violentes, inflammation. Tumeur du volume de la tête d'un fœtus de 7 mois. Gangrène de la peau; sortie de caillots sanguins volumineux; suppuration du sac. Guérison. (*Encyclog. belge*, juillet 1848, p. 271.)

Obs. XXVI. — Anévrisme (on ne dit pas son siége); par M. Vial (de Saint-Étienne.) Quatre séances de galvano-puncture; à cause de la douleur, le malade ne veut pas en subir d'autres. Vingt-huit jours après, coagulation du sang dans la tumeur. Ce-

pendant le malade ayant succombé à une autre affection, on a trouvé, à l'autopsie, le sac anévrismal rempli d'une espèce de bouillie et communiquant toujours avec l'artère, qui était perméable. (Rapport de M. Boinet à la Société de chirurgie, *Union médicale*, 12 juillet 1851, p. 331.)

Obs. XXVII et XXVIII. — Enfin, M. Benjamin Phillips et M. Keate, chirurgien de l'hôpital Saint-Georges, paraissent avoir appliqué la galvano-puncture ; le premier, pour un anévrisme de l'artère sous-clavière ; le second, pour un anévrisme de l'artère carotide. Ces deux faits, dans lesquels le résultat n'a pas été heureux, sont antérieurs à ceux que M. Pétrequin a fait connaître.

Ces dix faits, ajoutés aux dix-huit analysés plus haut, forment donc un total de 28 anévrismes traités par la galvano-puncture.

Quant aux résultats définitifs, nous dirons qu'il faut défalquer de la liste des insuccès : 1° plusieurs faits dans la relation desquels on voit que la galvano-puncture n'a pas été continuée, par la volonté des malades ; 2° quelques autres faits ne pouvant se rapporter à des anévrismes accessibles à ce moyen ; 3° enfin ceux qui ne prouvent que l'application de la galvano-puncture n'a pas été faite avec assez de ménagements, ni avec des règles précises, comme cela arrive toujours pour les moyens qu'on n'a pas assez étudiés.

En résumé, je pense qu'avec les perfectionnements qui seront encore apportés à cette méthode, elle pourra être appliquée dans la plupart des anévrismes externes, pour lesquels il fallait recourir à la ligature de vaisseaux, après avoir le plus ordinairement employé sans succès la compression.

OPHTHALMOLOGIE.

18. *Mémoire sur l'épicanthus et sur une espèce particulière et non encore décrite de tumeur lacrymale* ; par le docteur Sichel.

Suite : *voir* t. XI, novembre 1851, p. 147.

(L'Union médicale, Nos 118 et 119 ; 4 et 7 octobre 1851.)

§ 12. — *Première complication : Ptosis atonique.*

La première est le *ptosis atonique*, la chûte de la paupière supérieure, provenant de la laxité de la peau de ces organes et de tout le voisinage qui est la suite naturelle de son exubérance. J'ai déjà indiqué, parmi les symptômes de la maladie principale,

le rétrécissement de la fente palpébrale et la difficulté d'écarter les paupières, ou, du moins, de découvrir la partie supérieure de la cornée, comme résultant de cette laxité des téguments cutanés, lorsque le repli semi-lunaire a plus de largeur, et que les yeux sont petits et enfoncés dans l'orbite. C'est l'exagération de cet état qu'on peut appeler *ptosis atonique simple* ou *proprement dit.* On reconnaît cette maladie à la flaccidité de la peau de la paupière supérieure qui est visiblement allongée, amincie et souvent plissée transversalement, surtout lorsque la maladie existe depuis longtemps. Ce voile membraneux ne présente en même temps aucun gonflement, ni partiel ni général. C'est là ce qui constitue la première variété, la plus fréquente, du ptosis atonique, qu'on voit souvent accompagner l'épicanthus.

Dans un certain nombre de cas, constituant la seconde variété de la maladie, le *ptosis atonique graisseux ou adipeux (Scharnâk* des Arabes), la laxité plus grande des paupières est causée par un développement anormal du tissu graisseux sous-cutané. Alors, plus encore que dans le ptosis atonique simple, la masse que le muscle élévateur des paupières doit mouvoir, devient trop considérable pour sa force, sans toutefois que sa motilité soit aucunement diminuée. Les paupières non seulement pendent inertes, s'élevant à peine et souvent tout à fait immobiles, comme dans la première variété, mais encore elles présentent des bourrelets ovoïdes plus ou moins étendus, produits par la proéminence des pelottes de la matière adipeuse exubérante accumulée entre le muscle orbiculaire et la peau. Quelquefois ces bourrelets, en devenant confluents, donnent lieu à une intumescence uniforme de toute la paupière supérieure, dont ils effacent les rides et masquent la flaccidité. Ces caractères, faciles à saisir, assurent le diagnostic différentiel fort important, puisque le traitement chirurgical diffère essentiellement pour les deux variétés, dont la seconde, en général plus rare, ne s'est encore présentée à mon observation dans le cortége de l'épicanthus.

Que le ptosis atonique existe seul, ou qu'il accompagne l'épicanthus, l'affection est fréquemment confondue avec la paralysie du muscle élévateur de la paupière supérieure (*ptosis paralytique*). M. d'Ammon lui-même, observateur si habile et si attentif, a commis cette erreur, soit de fait, soit de nom seulement, en appelant cette complication de l'épicanthus une blépharoplégie. Sur ce point, comme sur tout ce qui a trait à l'épicanthus, il a été copié par des ophthalmologistes qui n'avaient pas observé par eux-mêmes cette maladie congéniale. Il

devient donc important d'établir, d'une manière positive, le diagnostic entre le *ptosis paralytique (blépharoplégie)* et le *ptosis atonique*, que ce dernier soit simple ou adipeux.

Dans le cas où l'épicanthus est compliqué d'abaissement de la paupière supérieure, la preuve de ce qu'il ne s'agit point d'une paralysie de l'élévateur des paupières, est bien facile à administrer d'une manière catégorique, à l'aide d'un instrument fort simple que j'ai imaginé, il y a douze ans environ. C'est la *pince à ressort*, formée d'un morceau de fil d'archal replié sur lui-même et tordu à son extrémité fermée, ce qui rend l'instrument élastique. Cette pince, à peu près de la longueur de l'étendue transversale de la paupière, ne s'ouvre que par une traction un peu forte, et se referme immédiatement par son élasticité. Après y avoir introduit un pli transversal de la paupière supérieure, qu'on agrandit jusqu'à ce qu'il comprenne toute la partie exubérante, on abandonne la pince à elle-même. Elle se referme en maintenant le pli, et, n'ayant qu'un poids minime, elle n'empêche nullement les mouvements de la paupière. Celle-ci, cessant d'être allongée après la réduction de son excédant, fonctionne librement, s'élevant facilement malgré la présence de l'instrument qu'elle entraîne aisément, et découvrant le bord cornéen supérieur dans la même étendue que la paupière saine. Elle s'abaisse également comme à l'état normal, et jusqu'au contact de son bord libre avec celui de la paupière inférieure. On obtient ainsi la preuve palpable de l'intégrité des fonctions du muscle élévateur et de son nerf, autant dans le ptosis atonique simple que dans le ptosis adipeux. Si, au contraire, il existe un ptosis paralytique, une véritable blépharoplégie, la paupière, après l'application de la pince, reste aussi immobile qu'auparavant sous le rapport de son élévation, et son bord libre, sous l'influence des contractions du muscle orbiculaire, lors de l'occlusion de la fente palpébrale, ne peut plus se mettre parfaitement en contact avec le bord libre de la paupière inférieure.

La qualité essentielle de cette pince à ressort, c'est son poids minime qui permet qu'elle soit facilement entraînée par la paupière pendant ses mouvements, dont l'intégrité devient ainsi évidente.

Tel que je l'avais primitivement fait construire, cet instrument, nécessaire pour assurer le diagnostic et recommandable par sa simplicité, avait toutefois un défaut assez gênant pendant son application : l'élasticité trop grande de ses branches, très serrées l'une contre l'autre, empêchait de l'ouvrir commodément. Il fallait deux personnes, l'une pour produire l'écartement

des branches, l'autre pour former le pli de la peau et l'y introduire. J'ai remédié à cet inconvénient, en faisant confectionner la pince à ressort en argent, et en lui donnant une forme et un mécanisme semblables à ceux des serres fines de M. Vidal (de Cassis).

Ainsi modifiée, la pince à ressort fonctionne parfaitement, et se laisse appliquer par une seule personne qui la fait manœuvrer d'une main, tandis que, de l'autre, elle forme et maintient le pli des téguments palpébraux.

On voit que, si nous blâmons le nom de blépharoplégie donné à cette chûte atonique de la paupière, c'est surtout dans une vue pratique. En admettant à tort l'abolition des fonctions du muscle élévateur palpébral, on emploierait vainement les moyens excitants et antiparalytiques externes et internes nécessités par une véritable paralysie. Le *traitement*, exclusivement *chirurgical*, devient, au contraire, très simple et très sûr, une fois la véritable nature de l'affection déterminée. Il consiste, *dans le ptosis atonique simple*, à exciser tout l'excédant de la peau de la paupière à l'aide de ciseaux courbés sur le plat, après l'avoir préalablement soulevée en un pli qu'on maintient, soit par les doigts d'un aide ou de la main gauche de l'opérateur, soit par la pince à entropion. (Voir la description de cette pince dans l'observation IV.) L'excision faite, on réunit les lèvres de la plaie par quelques points de suture.

L'idée m'était venue de passer les fils des sutures dans la base du pli de la peau aussitôt après l'avoir formé, et de l'exciser au devant du point de passage de ces fils. (Voir l'observation IV.) Ce procédé, que je croyais m'appartenir, mais qui semble déjà avoir été mis en usage par d'autres chirurgiens, n'est cependant pas sans inconvénient, surtout lorsqu'on se sert de la pince à entropion. Lorsqu'on passe les fils derrière cette pince, c'est-à-dire entre elle et la paupière, les ligatures se trouvent trop éloignées des lèvres de la plaie. Les applique-t-on au devant de la pince, il peut arriver qu'on résèque le pli de la peau trop près de l'une des ligatures, et que celle-ci, ou n'agisse pas efficacement, ou même s'échappe de suite ou peu de temps après l'opération. Il faut donc la plus grande précaution dans l'emploi de ce procédé, et quelquefois au moins on sera forcé de donner la préférence à l'application des ligatures après la résection du pli et non avant sa formation. Mais, sous aucune condition, je ne puis approuver le conseil de Scarpa de ne point appliquer de suture et d'abandonner la cicatrisation à la nature, c'est-à-dire à la suppuration et à la formation de tissu inodulaire.

C'est là un procédé vicieux qui retarde la guérison de plus de trois fois le temps nécessaire, et qui, outre la gêne et l'ennui, expose le malade aux dangers résultant d'une plaie suppurante, tels que la possibilité d'un érysipèle, etc. Nul doute que la grande majorité des chirurgiens ne soit aujourd'hui du même avis.

Dans le ptosis adipeux, le procédé opératoire doit varier un peu. Après avoir, de la même manière, soulevé en un pli et excisé l'excédant de la peau de la paupière malade, on voit un ou plusieurs pelotons graisseux, recouverts de tissu cellulaire plus ou moins dense, se précipiter entre les lèvres de la plaie. Il faut soulever couche par couche cette espèce de fascia, et en pratiquer l'ablation à l'aide de ciseaux oculaires courbés sur le plat, après quoi les pelotons adipeux se présentent à nu, et peuvent être enlevés également, soit à l'aide des mêmes ciseaux, soit à l'aide du bistouri. Quelquefois, lorsque dans le pli de la peau tout le tissu cellulaire sous-cutané a été compris, les bourrelets graisseux se montrent de prime abord à découvert et peuvent être excisés immédiatement. Quoi qu'il en soit, après leur ablation on termine l'opération par l'application des sutures, comme dans le cas de ptosis atonique simple.

Dès que les nœuds sont serrés, le malade peut parfaitement relever la paupière, et la vision s'exerce régulièrement. Il faut cependant le maintenir au repos des yeux jusqu'au moment de la cicatrisation complète, afin d'éviter la relaxation ou l'arrachement des sutures et la suppuration de la plaie. Si aucun de ces accidents ne survient, la guérison est complète au bout de huit à dix jours.

L'observation IV, placée à la suite du § 14, contient tous les détails d'un cas d'épicanthus binoculaire, compliqué à l'un des yeux de strabisme convergent et de ptosis atonique, et opéré avec un succès complet par la méthode que nous venons de décrire.

Si nous n'avons parlé que du traitement chirurgical du ptosis atonique, c'est que, dans l'une et l'autre variété, une longue expérience nous a prouvé le peu de confiance que méritent les *moyens pharmaceutiques*. Les excitants locaux et généraux ne sont point rationnellement indiqués; le muscle élévateur de la paupière et le rameau du nerf de la troisième paire qui préside à ses contractions conservant toute l'intégrité de leurs fonctions. Les solutions toniques et astringentes, ici moins encore que dans le ptosis non compliqué d'épicanthus, restent absolument sans effet, par la raison qu'il s'agit d'une exubérance congéniale de la

peau et d'une conformation primitivement anormale des os propres du nez. Tout ou plus pourrait-on essayer d'en retirer quelques avantages dans le cas d'épicanthus incomplet sur des enfants en bas âge, en associant ces moyens pharmaceutiques à l'observation des règles que nous avons tracées dans le § 9. Encore attachons-nous plus d'importance à ces dernières qu'aux premiers, comme on peut le voir dans l'observation II, où aucune application astringente n'a été tentée.

§ 13 — *Deuxième complication ; strabisme convergent.*

Le strabisme convergent a été pour la première fois signalé dans le cortège de l'épicanthus par M. d'Ammon, qui d'abord l'a regardé comme rare. Plus tard (*Journal de Walther et Ammon*, t. XXXI, p. 401 et suiv.) il a cité quelques cas dans lesquels cette complication, avant qu'on ne le consultât, avait été prise pour la maladie principale, de telle sorte qu'on se propose, pour tout traitement, de recourir à la myotomie oculaire. Pour ma part, j'ai vu bien plus souvent le strabisme coexister avec l'épicanthus, surtout quand celui-ci était compliqué de ptosis, et je m'explique parfaitement sa fréquence et son mode de développement. La fente palpébrale de l'œil, où le repli valvulaire est le plus prononcé, étant toujours rétrécie à un certain degré par l'abaissement de la paupière, la partie supérieure de la pupille est obstruée, et, par conséquent, inutile pour la vision. La partie interne du champ visuel est également rétrécie en raison directe de l'étendue du repli valvulaire du grand angle. La portion inférieure et externe de l'ouverture pulpillaire se trouvant seule dans les conditions voulues pour l'exercice de la vision, l'axe visuel de l'œil malade devient plus ou moins divergent, et a besoin d'être dirigé en dedans, afin de rétablir le parallélisme et d'éviter la formation d'une image confuse. L'exercice instinctif fréquent de ce mouvement convergent finit par produire un strabisme habituel dont la guérison n'exige point immédiatement la myotomie oculaire. Il est même plus que probable que cette opération serait rarement suffisante pour éviter une rechûte, tant que la maladie principale n'aurait point été efficacement combattue. Après l'opération de l'épicanthus et du blépharoptosis, au contraire, le strabisme, comme le montre notre obs. IV, peut guérir par le simple exercice de l'œil dévié, pratiqué pendant cinq à dix minutes, quinze à vingt fois par jour, son congénère étant bandé. Dans le cas de non réussite de ces moyens simples, la section du muscle droit interne reste toujours comme dernière ressource.

D'après mon expériénce personnelle, la complication de ptosis de la paupière supérieure exerce sur la production du strabisme une influence plus grande que l'épicanthus lui-même. Pour que ce dernier amène seul la déviation de l'axe visuel, il faut que le pli valvulaire ait acquis un très haut degré d'étendue, tandis qu'on voit quelquefois le strabisme coexister avec un épicanthus peu développé, lorsque, en revanche, l'abaissement de la paupière supérieure est très prononcé. On a vu un exemple de cette espèce dans l'observation I, § 6.

§ 14. — *De quelques autres complications moins fréquentes de l'épicanthus, l'érosion angulaire et l'entropion.*

La fréquence des complications de l'épicanthus, dont je viens de traiter est telle, qu'on peut les regarder comme existant dans la majorité des cas. Quand il y a ptosis, le strabisme ne manque presque jamais de se développer au bout d'un certain temps.

Il n'en est pas ainsi de deux autres complications de cette maladie dont il me reste à parler, et qui sont exceptionnelles, peut-être même purement fortuites ; du moins ne les ai-je vues qu'un très petit nombre de fois.

La première est une *érosion* du pli constitutif de l'épicanthus, produite par l'abondance et une certaine âcreté de la sécrétion lacrymale et muqueuse. Cette érosion est toujours symptomatique d'une conjonctivite qui, d'ordinaire, présente le caractère catarrhal. On sait que, dans cette maladie, il se forme souvent une érosion fort gênante près de l'une des commissures, plus particulièrement près du grand angle. Ce symptôme n'a pas échappé à l'attention des anciens, qui le mentionnent fréquemment dans leurs écrits, et ont inventé de nombreux collyres destinés à le combattre (κολλύρια πρὸς ϛιαβεβρωένας, καθὰς, *collyria ad genas fissas*). Dans l'épicanthus, les liquides sécrétés, avant d'arriver à la commissure interne, sont interceptés en quelque sorte par le pli anormal, sur lequel leur action se concentre, et qui, par suite, devient le siége d'une érosion toute semblable à celle qu'on voit, lors de la conformation normale des paupières, occuper leurs bords autour de la caroncule lacrymale. Ici, comme lorsqu'il n'existe pas d'épicanthus, cette érosion cède très facilement, lors de son début, aux fomentations avec un collyre légèrement astringent. La pierre divine, à la dose de 5 à 20 centig. pour 100 grammes d'eau, additionnée de 4 à 20 gouttes de laudanum de Sydenham, réussit le plus promptement. Rarement

on a besoin de toucher légèrement l'érosion avec le crayon d'azotate d'argent. Négligée, elle se transforme facilement en une ulcération ou une fissure douloureuse et beaucoup plus difficile à guérir.

Quelquefois aussi, par suite de l'épicanthus, une espèce d'*entropion* semble pouvoir se produire. N'ayant vu qu'un seul cas de cette nature, je suspendrai mon jugement sur cette complication qui pourrait n'avoir été qu'accidentelle, et je me borne à renvoyer à l'observation suivante, où il en sera question.

Cette observation, à plusieurs titres, présente un très grand intérêt. Elle fournit un exemple de la coexistence des deux affections qui compliquent le plus fréquemment l'épicanthus avec la troisième complication non encore observée jusqu'ici, à savoir l'entropion partiel de la paupière inférieure, dont il vient d'être question. De plus, une double opération a amené la guérison de l'épicanthus et du ptosis.

Épicanthus congénial double compliqué de ptosis atonique des des deux paupières supérieures, de strabisme convergent plus fort à gauche et d'entropion des paupières inférieures.

Obs. IV.—Adolphine V., âgée de 10 ans, me fut présentée au commencement de 1841. Elle était affectée d'un épicanthus congénial double, incomplet à droite, complet à gauche et d'autant plus prononcé, que la racine du nez était extrêmement déprimée et élargie, et que l'espace intermédiaire entre les deux orbites était très considérable. Les replis cutanés semi-lunaires formés par les deux épicanthus étaient fort larges transversalement. Celui du côté gauche avait une très grande étendue verticale, autant au-dessus qu'au-dessous de l'insertion du tendon du muscle orbiculaire. Celui du côté droit remontait aussi loin qu'à l'œil gauche au-dessus du grand angle, mais sans descendre au-dessous de ce dernier, dans le voisinage duquel il se terminait brusquement.

C'est peut-être cette brusque terminaison du pli valvulaire du côté droit et sa ransition dans l'extrémité interne du bord libre de la paupière inférieure, circonstances parfaitement rendues dans notre dessin, qui, en attirant cette extrémité de la paupière en haut et donnant lieu au renversement en dedans de sa moitié interne, ont constitué un entropion partiel, complication non encore observée. Les cils, dans toute l'étendue de la partie renversée de la paupière, étaient en contact avec la cornée et entièrement cachés entre ce voile membraneux et le globe;

ils froissaient la conjonctive oculaire à chaque clignement. L'irritation qui en résultait augmentait encore la gêne et la difficulté d'ouvrir les yeux.

L'entropion de la paupière inférieure existait aussi, quoique moins prononcé, à l'œil gauche, ou l'épicanthus était complet. Cette circonstance me fait supposer que l'entropion du côté gauche s'était formé à l'époque où le repli valvulaire, à cet œil, avait encore aussi peu d'étendue qu'il en présentait à l'œil droit au moment de la première visite de la malade, et que le renversement de la paupière en dedans a persisté, lorsque l'épicanthus est arrivé à son plus haut développement.

Les paupières supérieures, surtout celle du côté gauche, étaient flasques et notablement abaissées, sans qu'on y aperçut aucun bourrelet graisseux ou aucune saillie plus considérable de la peau; il s'agissait donc ici d'un simple ptosis atonique par excès des téguments. Il fallait un très grand effort de la part de la jeune fille pour élever les paupières: encore celle du côté gauche ne se relevait-elle que très peu, de manière à limiter la hauteur de la fente palpébrale à 4 millimètres au minimum, et 6 millimètres au maximum pour l'œil gauche. Plus de la moitié supérieure de la cornée et de la pupille à l'œil gauche, et la moitié environ à l'œil droit, restait constamment recouverte par la paupière supérieure.

Dans les deux tiers externes de la paupière supérieure gauche, les téguments étaient plus flasques que dans le tiers interne et les cils beaucoup plus longs, de telle sorte qu'ils se dirigeaient en bas et en dehors, tandis que ceux du tiers interne, beaucoup plus courts que dans le reste du bord palpébral, étaient renversés en haut et en arrière, de manière à simuler un entropion partiel qui n'existait pas réellement.

Par suite de ptosis atonique et de la largeur du repli cutané constitutif de l'épicanthus, l'œil gauche avait contracté un strabisme convergent extrêmement prononcé. Ce n'est que plus tard et consécutivement, que l'œil droit avait aussi commencé à loucher mais à un degré bien moindre. Aux deux yeux le strabisme, est plus considérable, quand on se place près de l'enfant ou qu'elle lit. Lorsqu'on s'éloigne davantage d'elle, la convergence des deux actes visuels diminue notablement. La cornée droite alors s'éloigne d'environ 6 millimètres de la caroncule lacrymale, mais n'occupe jamais entièrement le milieu de l'orbite, tant que les deux yeux fonctionnent ensemble. La cornée gauche, à quelque distance de la malade que se trouve l'observateur, reste toujours très rapprochée du grand angle.

La pupille de l'œil gauche, celui dont le strabisme convergent est le plus prononcé, est plus étroite lorsqu'on relève la paupière, bien qu'habituellement ce voile membraneux la recouvre pour la plus grand partie. La vision de cet œil, pourvu qu'à l'aide des doigts on fasse cesser le ptosis, est aussi bonne pour la lecture que celle de l'œil droit, comme le prouvent des expériences réitérées, bien que la petite malade dise mieux voir ma figure de l'œil droit que du gauche.

Ces trois affections réunies (épicanthus, strabisme et entropion partiel) constituaient une difformité aussi gênante que choquante, qui donnait une expression très particulière et désagréable à la phisionomie. La vue s'exerçait mal et d'une manière tout à fait insuffisante. Pour se conduire, l'enfant était forcée de marcher la tête levée et un peu renversée en arrière, et les yeux dirigés en bas, comme le font généralement les malades affectés de ptosis atonique.

Lorsqu'on soulevait sur la racine du nez un pli de la peau proportionnel au volume des épicanthus, ceux-ci disparaissaient complétement, et le mouvement d'élévation des paupières s'exécutait plus facilement. Celle de l'œil droit s'élêvait même assez parfaitement ; celle du côté gauche, au contraire, restait encore notablement abaissée. Cette expérience préliminaire me permettait d'éclairer les parents sur la nécessité d'une double opération, consistant dans l'excision d'une portion elliptique de la peau de la partie supérieure médiane du nez, pour guérir l'épicanthus, et dans l'ablation d'un pli cutané transversal de la paupière supérieure gauche, pour remédier au ptosis. Ils consentirent à ces deux opérations, qui ne devaient pas se faire à la fois, mais successivement, la quantité du tissu cutané palpébral à exciser ne pouvant être exactement déterminée qu'après l'appréciation de l'effet produit sur l'élévation des paupières supérieures par la guérison de l'épicanthus. La première de ces opérations fut pratiquée au commencement de mars 1841.

Deux règles établies par M. d'Ammon ne pouvaient être suivies ici.

Cet ophthalmologiste célèbre fait remonter entre les sourcils l'extrémité supérieure du pli cutané qu'il excise. Chez notre malade, en allongeant autant en haut ce pli, on augmentait l'entropion partiel ; on le diminuait, au contraire, en formant le pli vertical au milieu du nez et de la longueur seulement de la moitié de cet organe, c'est-à-dire en le faisant commencer à sa racine, au-dessous de la tête des sourcils, et en le terminant à son milieu. Par conséquent, l'extrémité supérieure de l'ellipsoïde, for-

mée par la portion des téguments destinée à l'excision, ne devait point atteintre l'espace compris entre la tête des sourcils, d'autant qu'en formant un pli transversal de la paupière supérieure, on exagérait encore l'entropion de la paupière inférieure.

Un second point, sous le rapport duquel j'étais forcé de m'éloigner de la conduite tenue par M. d'Ammon, était celui-ci :

Ce chirurgien enlève la portion ovalaire de la peau du nez par une dissection faite à l'aide du bistouri, mode d'opération qui me paraissait trop douloureux et trop long pour un individu aussi jeune et aussi délicat ; je crus préférable d'exciser avec des ciseaux courbés sur le plat toute la partie exubérante de la peau soulevée en un pli, comme on le fait dans l'opération de l'entropion et dans celle du ptosis atonique. De cette manière je pensai aussi pouvoir mieux préciser la quantité exacte du tissu cutané à enlever.

Pour soulever le pli, je me servis de la pince à entropion de M. F. Jaeger, c'est-à-dire d'une pince à branches longues, courbées sur le champ et munies d'une coulisse mobile, à l'aide de laquelle on peut les fermer et y fixer un pli cutané de la forme et grandeur voulues. Après avoir traversé la base de ce pli, derrière les branches de la pince, de deux aiguilles enfilées chacune d'un double fil ciré, je fis l'ablation de toute la partie exubérante de la peau à l'aide de ciseaux courbés sur le plat, dont la convexité fut conduite le long de la concavité de la pince, puis celle-ci fut enlevée. Dès que l'hémorrhagie peu forte eut cessé, les lèvres de la plaie furent rapprochées à l'aide des fils serrés chacun par un nœud double, et des bandelettes agglutinatives furent placées dans les interstices des sutures.

La guérison fut rapide, et l'épicanthus disparut complétement mais la paupière supérieure gauche, tout en se relevant un peu mieux, resta toujours pendante et abaissée. Je procédai donc à l'opération de ce ptosis atonique vers le milieu d'avril 1841.

Après avoir déterminé, à l'aide de ma pince à ressort, la quantité excédante de la peau de la paupière supérieure gauche, je soulevai toute cette partie exubérante en un pli transversal, à l'aide de la même pince à entropion, et après l'avoir traversé à sa base de trois fils doublés en forme de cordonnet, je l'excisai au devant de ces fils qui furent noués et serrés immédiatement après.

Des bandelettes agglutinatives furent appliquées dans les interstices. On enleva les ligatures le troisième jour. L'une des piqûres d'aiguille suppura pendant quelques jours ; du reste, la guérison fut immédiate et complète ; seulement, le pli ayant été un peu

trop large à son côté interne, la partie correspondante, c'est-à-dire l'extrémité interne du bord libre de la paupière supérieure, pendant l'occlusion des paupières était un peu retournée en dehors, et ne se trouvait pas en contact immédiat avec le bord libre de la paupière inférieure. Cet état de choses, nullement gênant d'ailleurs, ne cessa qu'au commencement de juin, six semaines après la dernière opération. Quant à l'entropion de la partie interne de la paupière inférieure, il avait cessé immédiatement après la première opération.

Dès qu'on m'avait conduit cette petite malade, j'avais conseillé de combattre le strabisme convergent de l'œil gauche, en exerçant dix à vingt fois par jour cet œil seul pendant cinq à dix minutes, son congénère étant complétement fermé au moyen d'une louchette en forme de coquille non percée. Ces exercices, sans résultat bien manifeste auparavant, furent continués assidûment après la première opération, et avaient déjà notablement augmenté la rectitude du regard le 20 juillet 1841, jour où Adolphine V... quitta Paris avec ses parents, qui allèrent s'établir dans une ville de province. La vision s'exerçait parfaitement bien, sans que l'enfant eût besoin, comme avant l'opération, de donner à la tête des positions extraordinaires, la pupille n'étant plus recouverte par la paupière supérieure que dans l'étendue normale. (*La suite à un prochain numéro.*)

VII. Phrénologie, Maladies mentales.

MALADIES MENTALES.

19. *Recherches sur l'indentité des paralysies générales progressives* ; par A. Brierre de Boismont.

(Annales médico-psychologiques, avril 1851.)

La paralysie générale progressive, ainsi nommée pour la première fois par M. Requin, dans ses *Éléments de pathologie*, t. II, p. 90, 1846, est-elle une maladie différente de la paralysie générale des aliénés, si bien décrite par MM. Delaye, Bayle et Calmeil en 1826, plus tard par MM. Foville et Parchappe? Doit-on la considérer comme une lésion spéciale du système musculaire, que la folie complique fréquemment, mais qui n'en est pas moins tout à fait indépendante? Cette paralysie est-elle tou-

jours identique avec elle-même, ou bien existe-t-il des caractères qui prouvent qu'on a confondu, sous cette dénomination, des affections de nature différente? Ces problèmes, assez ardus, trouveront, je l'espère, leur solution dans l'examen auquel nous allons nous livrer.

Entrons tout de suite en matière par deux exemples, pris l'un dans la classe des paralysies générales progressives sans aliénation, l'autre dans celle appelée jusqu'à ces derniers temps paralysie générale des aliénés.

Paralysies progressives sans aliénation.

Obs. I.—Le 23 août 1850, on reçoit à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Rostan, fait alors par M. Vigla, un homme de quarante-cinq ans, journalier, travaillant à la terre depuis vingt ans. Il n'a jamais eu de congestion cérébrale et n'a jamais été malade. Il fait de fréquents abus de liqueurs alcooliques; depuis deux ans même il est sujet à un tremblement des membres supérieurs, qui n'a diminué en rien sa force musculaire.

Le 30 juin, étant ivre, il tomba dans la rivière, et conserva ses habits mouillés pendant plusieurs heures. Le lendemain, il ressentit une sensation de brûlure et de picotement à la plante des pieds et dans les mollets. Huit jours après, une sensation analogue se déclara à la face palmaire des mains et des doigts. Les fonctions s'exécutaient bien, et il pouvait marcher lorsque les douleurs se calmaient.

A partir du mois de juillet, il cesse de travailler, et vers le milieu d'août il ne peut plus quitter le lit. De ce moment, les douleurs deviennent moins intenses, mais l'affaiblissement augmente rapidement. Depuis le début de la maladie, il y a insensibilité complète des organes génitaux.

En examinant ce malade avec M. Duchenne, nous constatons que les espaces interosseux dorsal, les éminences thénar et hypothénar sont déprimées; les avant-bras, les jambes et les peids sont également atrophiés. Ce changement est plus marqué à droite.

Le malade étend et fléchit avec peine les doitgs et les poignets; il serre médiocrement avec ses mains plus à gauche qu'à droite. La même disposition existe pour les orteils et pour les mouvements du pied sur la jambe. La station debout est impossible. Dans plusieurs endroits, les muscles sont le siége de mouvements fibrillaires. Leur compression détermine une douleur très marquée, surtout dans ceux qui sont paralysés. La compression des

troncs nerveux est également fort douloureuse, et provoque, en même temps, des contractions énergiques dans le membre auquel se distribue le nerf comprimé. Le malade ne ressent aucune douleur dans le dos, les reins et la tête. Il n'y a pas le plus léger désordre du côté de l'intelligence.

Notre honorable confrère répète en notre présence les expériences galvaniques. L'appareil, à son maximum, ne produit aucune contraction des muscles des jambes et des pieds; à l'aide d'aiguilles enfoncées dans l'épaisseur des muscles, il provoque des contractions faibles et fibrillaires. Aux cuisses, la contraction n'a plus son énergie habituelle, mais tandis qu'elle est presque abolie dans les cruraux internes, les abducteurs jouissent à peu de chose près de leur contractilité normale. Les mêmes phénomènes ont lieu pour les muscles de l'abdomen.

Dans les membres supérieurs, les lésions de l'irritabilité sont surtout sensibles aux mains et aux avant-bras, mais d'une manière inégale, comme dans les membres inférieurs. Les interosseux de la main droite ne se contractent plus; ceux de la main gauche se contractent faiblement. Les muscles de la région antibrachiale droite sont presque insensibles à l'excitation la plus forte. Les muscles de l'avant-bras gauche ont aussi perdu une grande partie de leur irritabilité.

La sensibilité cutanée est augmentée, la sensibilité électromusculaire (sensation produite par l'excitation du muscle) est assez développée ; celle des nerfs poplités paraît exaltée. La lésion de l'irritabilité musculaire n'est pas en rapport avec celle de la contractilité musculaire. On observe, en effet, que le malade peut faire tous les mouvements partiels, assez limités il est vrai, du pied ou de la jambe, quoique les muscles qui les exécutent soient privés de force. Chez ce malade, la langue n'est pas encore embarrassée, mais il est probable que ce symptôme, se manifestera à une époque plus avancée, comme nous l'avons observé dans plusieurs cas semblables.

Paralysie avec aliénation.

Obs. II—Le 13 décembre 1850, M. C.... fut conduit dans la maison de santé de la rue Neuve-Sainte-Geneviève. Il est de taille moyenne, maigre, d'un tempérament nervoso-sanguin, n'a jamais été malade, ne compte point d'aliénés dans sa famille. Son caractère est vif; sa conversation est celle d'un homme instruit et qui a beaucoup voyagé. Il parle plusieurs langues. Voici les renseignements qui m'ont été donnés sur lui : Au mois de juin de

l'année dernière, il revint d'un voyage en Turquie; on s'aperçut qu'il était devenu irascible, et s'emportait pour des bagatelles. Sa femme et ses enfants, qu'il aimait beaucoup, avaient chaque jour à souffrir de sa mauvaise humeur. Cette susceptibilité alla toujours en augmentant: parfois elle dégénérait en propos incohérents. Quoique sa position fût précaire, il ne faisait point d'économie,achetait dans les premiers magasins,et voyait l'avenir sous les plus brilantes couleurs. En fouillant dans ses souvenirs, sa mère retrouve deux circonstances qui prouvent que son esprit était déjà malade il y a environ un an. La première est relative à un voyage aux bains de mer jugé nécessaire pour son enfant, et qu'il ne voulut jamais permettre sous prétexte qu'il faudrait faire beaucoup de toilette; la seconde se rapporte à des projets dispendieux de construction pour une terre en litige. Quelques jours avant son entrée, sa femme remarqua que sa prononciation était altérée; il bégaya pendant quelques minutes, et fut même forcé de s'arrêter : il ne pouvait plus articuler. Ce symptôme disparut.

Le 13 décembre dernier, il eut une crise d'exaltation si grande, qu'un professeur de la Faculté, son ami, se vit contraint de donner le conseil de le conduire en maison de santé. Lorsque je le vis, les symptômes étaient les suivants : Sa figure était colorée, la sensibilité morale et physique très excitée ; il se mettait à pleurer pour la plus légère contrariété ; il ne pouvait supporter la lumière du soleil, le timbre d'une voix ordinaire. Sa conversation roulait exclusivement sur les grands personnages de France et d'Angleterre qu'il avait connus ; il faisait les plus beaux projets, n'avait aucune inquiétude pour l'avenir ; à l'entendre, il avait en sa possession une foule d'objets précieux, et pouvait professer les langues les plus difficiles de l'Europe. Au fond, il y avait du vrai dans ses discours ; ils ne péchaient que par l'exagération. Au milieu de ce flux de paroles, je remarquai tout de suite un bégaiement des plus prononcés qui revenait à chaque instant, et qui le forçait même à s'arrêter.

Dans la journée, il fit une tentative d'évasion, et grimpa sur un arbre ; on fut obligé de lui mettre la camisole. Deux jours après, il était revenu à un état de calme et de raison. Cette amélioration se soutint pendant une quinzaine environ. Le bégaiement, l'agitation, avaient complétement disparu ; il n'y avait pas le plus léger désordre du côté du système musculaire, objet d'un examen attentif et quotidien, à raison même des questions qui ont été soulevées dans ces derniers temps. M. C.... me parut si bien, que je ne pus m'empêcher de dire à sa femme

que si cet état continuait je lui rendrais la liberté. Une seule chose cependant m'inspirait de la défiance : c'était le changement qui s'était opéré dans son caractère : au lieu de cette irritabilité habituelle qui faisait le tourment des siens, il était d'une patience et d'une résignation remarquables, se soumettait à tous les remèdes pour guérir, car il avait la conscience de son mal ; seulement il était extrêmement minutieux.

Au bout de quinze jours, de poli et de doux qu'il s'était montré jusqu'alors, il devint tracassier, querelleur, emporté pour des bagatelles ; et lorsque sa crise fut arrivée à son summum, il commença à balbutier, et finit par perdre entièrement la parole. Cet accès ne se prolongea pas au delà de deux jours. Pendant sa durée, nous ne constatâmes que la difficulté du langage ; les extrémités n'avaient rien perdu de leur force et de leurs mouvements d'ensemble.

Le 25 janvier, il a eu une nouvelle crise dans laquelle il s'est plaint amèrement d'être séparé de sa femme, ce qu'il avait accepté de son plein gré.

Au plus fort de son exaltation, il s'est enfoncé une paire de ciseaux dans la région du cœur, à la profondeur de quatre lignes. Sur la promesse qu'on lui a faite qu'il verrait sa femme, il a promis de rester tranquille, et a ajouté que le sang en coulant lui avait dégagé la tête.

L'entrevue a eu lieu devant moi : il est impossible d'être plus calme, plus maître de soi, de parler avec plus de raison. La mémoire de M. C.... ancienne et présente a été parfaite. Il n'a fait aucun reproche de ce qui s'était passé, s'est occupé de ses enfants, n'a point été trop expansif ; il s'est retiré de lui-même au bout d'une demi-heure. La seconde entrevue a été également fort tranquille, mais il y a eu plus d'exagération, plus d'hyperboles. Aucun désordre du côté de la motilité n'a été constaté.

L'emploi du galvanisme n'a pas révélé d'affaiblissement dans la contractilité musculaire électrique. Ce malade est sorti en apparence parfaitement rétabli.

Quel est l'observateur sans idée préconçue qui ne sera frappé de la différence de ces deux maladies ? Dans le premier cas, point de congestion cérébrale, impression de froid, marche ascendante, progressive de la paralysie, continuité des symptômes, intégrité de l'intelligence, abolition plus ou moins complète de la contractilité musculaire dans une grande étendue du corps, augmentation de la sensibilité cutanée.

Dans le second cas, au contraire, la maladie débute plusieurs

mois d'avance par une exagération du caractère habituel, par des emportements répétés, en un mot, par des désordres intellectuels, suivis dans les derniers temps d'un bégaiement fugace. Tous ces symptômes disparaissent, et sont remplacés par le retour de la raison et l'absence complète de toute lésion musculaire. A diverses reprises, on voit ces deux ordres de symptômes se reproduire. La contractilité musculaire est ici sans aucune altération.

Il y a donc entre ces deux faits des différences notables, et il nous paraît impossible de les ranger dans la même classe. Lorsque la question d'identité de la paralysie progressive fut portée, en 1846, à la Société de médecine de la ville, par MM. Requin, Prus, Sandras, Baillarger, nous fîmes des objections sérieuses à cette opinion et, plus tard, dans un mémoire inséré dans la *Gazette médicale* (22 mai 1847), à l'occasion d'une discussion qui avait eu lieu à l'Académie de médecine, nous signalions le peu de fréquence de la paralysie progressive sans aliénation, et nous persistions à soutenir l'individualité pathologique de la paralysie des aliénés. Plus tard, dans un autre travail, qui parut également dans la *Gazette médicale* (2 octobre 1847), en reconnaissant ce que notre première opinion avait de trop exclusif, nous protestions contre l'analogie que M. Lunier voulait établir entre nos aliénés paralytiques et ceux de l'hôpital Necker (L. Lunier, *Recherches sur la paralysie générale progressive, pour servir à l'histoire de cette maladie*, Paris, 1849). Dans l'analyse que nous avons donnée de ce travail (*Union médicale*, 6 novembre 1849), nous avons fait connaître les motifs qui ne nous permettent pas d'adopter l'opinion de l'auteur. Nous devons aussi faire observer que M. Hubert Rodrigues avait déjà antérieurement soutenu la même thèse (*Traité de la paralysie générale chronique, considérée spécialement chez les aliénés*, imprimé en 1847 dans les *Annales de la Société de médecine d'Anvers*).

Désirant élucider ce point de controverse, nous entreprîmes en 1849, M. Duchenne, de Boulogne, et moi, une série de recherches, et nous ne tardâmes pas à acquérir la conviction qu'il y avait eu de singulières confusions sur ce sujet. Un premier résultat, auquel nous ont conduits nos expériences à l'aide de la galvanisation localisée, c'est qu'il y a deux espèces de paralysies générales qui doivent entièrement différer par leur nature et par leur siége.

La première espèce de ces paralysies générales progressives sans aliénation a pour caractère distinctif de présenter un affai-

blissement, une diminution, une abolition de l'irritabilité d'autant plus prononcée que la maladie est plus ancienne. Cette altération peut commencer par un muscle, un membre, ordinairement c'est par les extrémités inférieures qu'elle débute; elle peut se montrer dans les extrémités supérieures; puis elle envahit successivement toutes les parties, et gagne également la langue. Dans plusieurs cas, l'autopsie, faite avec le plus grand soin, n'a révélé aucun désordre dans le cerveau, la moelle épinière, malgré l'ancienneté de l'affection.

Parmi les faits de ce genre, nous citerons sommairement l'observation suivante : Une dame sent d'abord le membre supérieur gauche, puis l'inférieur, et successivement ceux du côté opposé, perdre leur force ; les doigts se contractent, et il lui devient difficile de tenir les objets. La marche n'a lieu que d'une manière incomplète, et ne peut s'effectuer sans le secours d'un bras. La paralysie gagne la langue, et la malade ne prononce plus qu'avec lenteur et hésitation les mots qui se présentent à son esprit. La sensibilité est conservée, l'intelligence est intacte; la maladie remonte à plus d'un an. Les fonctions digestives s'exécutent bien ; les urines et les matières fécales peuvent être retenues. L'appareil électrique ne détermine aucune contraction dans les membres inférieurs. Le jambier intérieur, les péroniers, les fléchisseurs, restent immobiles sous l'influence du courant. Le phénomène se remarque à un degré un peu moins marqué dans les muscles des membres supérieurs ; les muscles du tronc ne se contractent que faiblement. Nous pourrions joindre à cette observation celle d'un malade qui a succombé dans le service de M. Andral avec tous les symptômes d'une paralysie générale progressive sans aliénation, qui s'était déclarée depuis plus d'un an : chez lui, l'irritabilité était complétement anéantie, quoiqu'il pût encore exécuter des mouvements. La connaissance resta intacte jusqu'à la fin. L'autopsie, faite avec soin sous les yeux de M. Andral, ne révéla aucune altération, et l'examen microscopique auquel se livra M. Lebert ne montra qu'une substitution graisseuse de quelques muscles de la cuisse. La fibre musculaire des muscles de la jambe, dans lesquels l'irritabilité était éteinte, n'offrait aucune altération.

En résumant ces faits et d'autres analogues, mais qui doivent être rapportés à des causes différentes, on peut établir qu'il y a des paralysies générales progressives sans aliénation qui sont caractérisées par l'affaiblissement, la diminution, l'abolition de l'irritabilité. Il était intéressant d'opposer à ces résultats ceux fournis par l'examen de la paralysie générale progressive des

aliénés. M. Duchenne et moi avons répété, en septembre 1849, nos expériences sur les malades paralytiques placés dans nos établissements. Les trois individus qui en ont été le sujet étaient paralytiques à des degrés différents ; le premier n'avait que du bégaiement intermittent ; le deuxième était à la seconde période, mais considérablement amaigri ; le troisième, paralytique depuis plusieurs années, se tenait difficilement sur les jambes, et ne pouvait plus répondre. Chez tous les trois, l'irritabilité existait à un degré marqué. Nous avons recommencé ces expériences le 15 novembre 1849 à Bicêtre, en présence de M. Delasiauve, médecin de cet hôpital, et de ses élèves. Six malades ont été pris au hasard parmi les plus avancés, les plus anciens et ceux qui gardaient le lit depuis plusieurs mois : l'irritabilité a été constatée chez tous ; deux étaient arrivés à un haut degré d'amaigrissement et même d'atrophie, surtout dans les extrémités inférieures. La plupart d'entre eux gâtaient. On peut donc avancer comme un fait constant que, dans les paralysies générales avec aliénation mentale, il y a conservation de l'irritabilité. Il se rencontrera sans doute des faits où ces propriétes se manifesteront, quoiqu'il n'y ait pas encore de signes d'aliénation ; mais il ne faut pas perdre de vue qu'il existe dans cette maladie trois ordres de symptômes, que, par conséquent, la sensibilité et la motilité peuvent être seules atteintes, et l'intelligence n'être altérée que longtemps après. M. Delasiauve nous a rapporté l'exemple remarquable d'un individu qui resta deux ans à l'hôpital, présentant seulement les signes propres à la paralysie générale, puis les symptômes caractéristiques de la folie apparurent en vingt-quatre heures. Enfin, il peut survenir, dans les paralysies des aliénés, des paralysies progressives qui seront liées à la maladie de la moelle épinière.

Comme conclusion des faits qui précèdent, on peut établir qu'il y a des paralysies générales avec aliénation et des paralysies générales sans aliénation. Ce fait a déjà été signalé ailleurs.

L'existence de la paralysie générale sans l'aliénation caractéristique, décrite par les auteurs, n'implique point une altération unique de la motilité ; car, dans les exemples que nous avons sous les yeux à l'hôpital Necker, il y avait des indices de démence ou d'affaiblissement de la mémoire.

Quant bien même l'altération de la motilité serait la seule, il ne faudrait pas perdre de vue que les désordres de l'intelligence, de la sensibilité et de la motilité peuvent se manifester à des intervalles inégaux. L'absence de l'exanthème dans les fièvres éruptives n'en change pas la nature.

Relativement au siége de la paralysie générale, il nous est impossible d'admettre qu'il puisse être constamment localisé dans les centres nerveux. Il y a pour nous, d'après l'observation, des paralysies générales qui sont sous la dépendance de la moelle épinière, d'autres du grand sympathique ; quelques unes qui sont périphériques et sous la dépendance des nerfs, plusieurs qui ne se lient à aucune lésion appréciable des centres nerveux, un certain nombre qui dépendent de la maladie du cerveau. Nous avons insisté sur ces différences dans une lettre adressée à M. le docteur Verga, rédacteur de la *Gazette médico-lombarde* et qui a paru dans ce journal.

En définitive, on peut donc considérer comme un fait établi dans la science, qu'il existe deux grandes divisions de la paralysie générale, dont l'une, celle des paralytiques aliénés, conserve à tous les degrés l'irritabilité; tandis que l'autre, celle des paralysés sans aliénation, voit cette propriété s'altérer, s'affaiblir, se perdre à mesure que le désordre fonctionnel fait des progrès.

La paralysie générale progressive des aliénés présente à son tour deux variétés : la première, beaucoup plus nombreuse, est celle qui frappe les individus dans la force de l'âge, et dont le principal désordre intellectuel est caractérisé par la folie ambitieuse, l'exagération du *moi*; la seconde, plus limitée, atteint plus particulièrement les individus déjà avancés en âge, quoiqu'on l'observe chez les adultes, et offre pour troubles intellectuels les symptômes de la démence, et spécialement l'affaiblissement et la perte de la mémoire.

Le siége de la paralysie générale ne doit pas être localisé comme il l'a été jusqu'alors; ce grand désordre fonctionnel peut dépendre de lésions fort diverses du système nerveux, dont toutes les parties nous paraissent solidaires. — Lorsque nous aurons réuni une quantité suffisante de matériaux, M. Duchenne et moi publierons un travail spécial sur cet important sujet.

En présence de ces nouveaux éléments, il devient difficile de soutenir que la paralysie générale progressive est la même partout. Déjà Marshal-Hall, dans ses beaux travaux, avait montré que l'irritabilité se comporte d'une manière différente dans les paralysies cérébrales et médullaires. Nous croyons donc qu'il est conforme à l'observation de ne pas ranger dans la même famille la paralysie générale des aliénés, la paralysie générale progressive sans aliénation, la paralysie des vieillards, l'hydrocéphale chronique des vieillards et l'hydrocéphale consécutive à des altérations locales du cerveau.

Quelle que soit ma déférence pour mon savant collègue

M. Baillarger, je ne puis également admettre l'identité qu'il a cru reconnaître entre la paralysie des aliénés et celle des pellagreux. « D'après ses recherches en Lombardie, cette paralysie, dit-il, est la même que celle qu'ont si bien décrite MM. Bayle et Calmeil. Elle s'accompagne comme elle du délire ambitieux. Le nombre si grand de suicides signalés chez les aliénés pellagreux peut, d'après ce médecin, s'expliquer par l'extrême fréquence, chez ces malades, du genre de folie désigné par Georget sous le nom de *stupidité*. » Comme mon honorable confrère, j'ai étudié la pellagre en Lombardie, et le premier j'ai publié en France un mémoire pratique sur ce sujet. Mes observations, p. 15, 17, 20, 22, indiquent la faiblesse des extrémités ; la femme de la huitième observation ne répondait qu'avec lenteur et difficulté. Enfin, dans la description générale de la maladie, p. 47 (*De la pellagre et de la folie pellagreuse, observations recueillies au grand hôpital de Milan*, 2e édition, Paris, 1834), je m'exprimais en ces termes : « Les extrémités inférieures sont faibles ; elles ne peuvent plus supporter le poids du corps. La sensibilité est quelquefois généralement diminuée, les mains n'ont plus la force de serrer les objets qu'on leur présente. La vacillation et la faiblesse des jambes se remarquent aussi chez les enfants. Dans cette seconde période, comme dans la dernière, il arrive quelquefois que la langue et la mâchoire inférieure sont agitées d'un léger tremblement ; le délire et l'aliénation mentale marquent cette période. » Pour tout observateur, ces symptômes ne sont-ils pas ceux d'une paralysie générale plus ou moins complète et à marche progressive? Ces détails prouvent avec quel soin j'avais recueilli mes observations, jusqu'à dix-huit ans de distance ; ils viennent appuyer les faits qui ont été constatés et développés par M. Baillarger, avec le talent qu'il apporte dans ses recherches. Je n'ai pas donné de nom à cette complication de la pellagre, cela est incontestable ; mais pour tout lecteur impartial, j'en ai fait connaître les principaux symptômes. Ma position a, dans ce cas, quelque analogie avec celle de John Haslam, relativement aux médecins français.

Ceci posé, nous allons faire connaître nos principales objections à l'opinion de M. Baillarger. Le suicide, si commun parmi les aliénés pellagreux, est un fait exceptionnel chez nos aliénés paralytiques. De l'aveu de M. Baillarger lui-même, l'aliénation des suicides pellagreux est une variété de la monomanie, et c'est presque toujours la monomanie triste que nous avons observée dans ce cas, tandis que la démence est le cachet des aliénés paralytiques. La pellagre s'observe chez de jeunes enfants, tandis que la paralysie des aliénés ne se montre que dans l'âge adulte.

L'hérédité existe dans l'immense majorité des pellagreux, tandis que dans la paralysie générale on trouve souvent, il est vrai, l'hérédité, non pas spéciale, mais celle de toutes les formes du délire et des maladies nerveuses. Quant au délire ambitieux, je ne l'ai pas constaté dans les quatorze observations que j'ai rapportées, ce qui prouve qu'il peut manquer dans bien des cas. J'ajouterai que j'interrogeais tous ces malades dans leur langue, et que le délire que j'ai le plus noté a été la mélancolie religieuse. Les désordres du système musculaire étaient presque toujours accompagnés d'une douleur sourde, d'un sentiment de constriction, de tiraillement en arrière dans la colonne vertébrale, d'une faiblesse des extrémités inférieures. Ces symptômes, notés dans plusieurs de mes observations, disparaissent rapidement par le traitement du grand hôpital, lorsque la maladie n'est pas arrivée à sa dernière période, ce qui établit une différence tranchée avec la paralysie générale des aliénés.

Il s'en faut de beaucoup que tous les aliénistes partagent la manière de voir des médecins que nous venons de citer. M. Calmeil n'admet pas que la paralysie générale qu'il a décrite puisse se présenter chez les personnes dont l'intelligence est saine, ou, en d'autres termes, avoir une existence isolée ou indépendante de l'aliénation mentale, parce qu'il regarde comme une chose impossible que la raison reste longtemps intacte, quand le cerveau est aussi profondément affecté qu'il a coutume de l'être dans le cas de paralysie générale (*De la paralysie générale considérée chez les aliénés*, p. 8, 1826). M. Falret s'exprime ainsi dans ses leçons à la Salpêtrière : La paralysie générale est, selon nous, une forme spéciale de la folie, la plus naturelle peut-être de toutes, puisqu'elle est constituée par la réunion des caractères puisés dans la nature du délire, dans les lésions des mouvements, dans la marche et dans les altérations anatomiques. On a d'ailleurs confondu avec la paralysie générale des faits de paralysie épileptique et alcoolique, de paralysie progressive, avec affaiblissement de l'intelligence, mais sans délire, qui doivent en être soigneusement distingués, et par leur origine, et par leur marche et par leur terminaison (*Cours sur les maladies mentales*, *Gazette des hôpitaux*, 14 janvier 1851).

M. Moreau combat également ceux qui révoquent en doute l'individualité pathologique de la maladie qui nous occupe. Parmi les raisons qu'il donne, il fait observer que les lésions cadavériques intéressent justement les parties du cerveau auxquelles on attribue les fonctions intellectuelles, et que dans les vivisections, c'est l'intelligence, et non la motilité, qui se trouve lésée lorsqu'on

porte le scalpel sur ces mêmes parties. Il ajoute qu'il est difficile de ne pas voir quelque chose de spécial dans la nature dynamique comme dans les symptômes de la paralysie générale, lorsque, d'une part, on constate des perversions et même des dégradations profondes des facultés intellectuelles, avec des symptômes à peine saisissables, tels qu'un peu de faiblesse musculaire, un peu d'hésitation dans la parole; lorsque, d'une autre part, on note les lésions les plus graves de la motilité, telles que paralysies partielles de toute nature, les hémiplégies sans aucun trouble intellectuel.

Voici les conclusions du bon travail de ce médecin.

1° L'affection généralement désignée sous le nom de *paralysie générale des aliénés* constitue bien une individualité morbide. La lésion des mouvements et la lésion de l'intelligence sont des éléments pathologiques d'une égale valeur, quelle que soit d'ailleurs l'époque comparative de l'apparition des uns et des autres. Paralysie générale et folie sont des phénomènes pathologiques liés l'un à l'autre comme effets nécessaires, constants, d'une même cause primordiale.

2° Quoi qu'on ait dit, ces deux phénomènes ne se montrent jamais complétement et absolument isolés l'un de l'autre, soit au début, soit dans le courant de la maladie. Si le contraire a été soutenu, cela tient à l'idée erronée que l'on se fait généralement de la nature des troubles de l'intelligence; à ce que l'on confond le sens philosophique du mot *folie* avec son sens physiologique et médical (*Aliénation mentale : De la paralysie générale des aliénés*, par le docteur J. Moreau, médecin de Bicêtre, *Ann. médico-psychol.*, 2e série, t. II, p. 579;—*Gaz. méd.*).

Jusqu'à présent nous n'avons invoqué que le témoignage des médecins spécialistes, nous allons maintenant citer l'opinion d'un praticien qui a conquis, par ses travaux, une place méritée dans la hiérarchie médicale. Parmi les faits de paralysie générale progressive sans aliénation, publiés dans ces derniers temps, dit M. Valleix, bon nombre de cas ne sont à mes yeux que de ces névralgies générales dont j'ai donné la description. Discutant ensuite les principales propositions de M. Baillarger, il les résume en ces termes : 1° Les faits rapportés par ce médecin, pour prouver que la paralysie générale précède le plus souvent les signes de la folie, ne mettent aucunement hors de doute l'exactitude de cette proposition. 2° Il n'y a pas à s'étonner si le délire se dissipe plus ou moins complétement, alors même que les lésions du mouvement persistent; car, s'il est vrai, ce qui paraît très peu contestable, que le désordre de l'intelligence coïncide

avec la formation même des lésions méningiennes, on comprend que ce désordre puisse se suspendre, lorsque ces lésions sont complétement formées, pour reprendre ensuite, quand elles se propagent à un autre point des méninges. 3° Il n'est aucunement démontré que la paralysie générale observée en dehors de la folie soit la même maladie que la paralysie générale des aliénés, puisque les lésions anatomiques sont complétement différentes.

Enfin, ajoute en terminant M. Valleix, dans la description de M. Sandras, il y a absence des accès convulsifs, si fréquents dans la paralysie des aliénés ; de plus, l'intelligence est fortement affaiblie dès que la maladie a pris un peu d'intensité, et, peut-être, dès le début, les facultés intellectuelles sont-elles beaucoup moins intactes qu'on ne le croit (Valleix, *Guide du médecin praticien*, t. IV, 2e édit., 1851, p. 595).

L'état de la question bien établi, nous allons décrire la paralysie progressive, dite sans aliénation, d'après nos propres observations, dont plusieurs ont été publiées dans la *Gazette médicale* (*De la paralysie générale sans aliénation*, 2 octobre 1847), et dont les autres, plus nombreuses, recueillies de concert avec M. Duchenne, de Boulogne, sont encore inédites; nous nous aiderons également des travaux de MM. Requin et Sandras.

Symptômes. — Comme point de départ de la maladie, on note, chez quelques malades, des étourdissements, des signes de congestion cérébrale, de la céphalalgie ; chez d'autres, il n'existe aucun désordre du côté de l'encéphale. Dans les faits de MM. Sandras et Requin, la paralysie générale débute par un trouble marqué de la parole ; dans ceux que nous avons observés avec M. Duchenne, de Boulogne, la maladie a commencé par une main, les deux, les extrémités inférieures, et n'a gagné la langue que beaucoup plus tard. Nos observations sont au nombre de plus de dix, et cette marche est celle que nous avons le plus constamment notée. Chez le malade, même de la première observation de M. Sandras (*Traité pratique des maladies nerveuses*, 1851, t. II, p. 89), il y a une remarque importante à faire : notre honorable confrère dit que cet individu se sentit atteint tout à coup de faiblesse générale des membres avec engourdissement ou plutôt sensibilité obtuse, et que d'emblée aussi survint un embarras considérable de la parole. Or, dans le travail sur la *Paralysie générale sans aliénation* que nous avons publié dans la *Gazette médicale* (2 octobre 1847, p. 778), nous lisons ceci : « Les premiers symptômes qui appelèrent l'attention du malade consistèrent dans un affaiblissement de la force musculaire des membres supérieurs ; son étrille lui paraissait plus lourde

que d'habitude : il ne la tenait pas aussi facilement ; les jambes se prirent ensuite : il marchait en vacillant, de sorte que, d'après ses propres paroles, sa démarche ressemblait à celle d'un homme ivre. Ce ne fut que dans ces derniers temps que la langue s'embarrassa ; il assure que ses idées n'ont pas été altérées. Cet individu fait remonter le commencement de son mal à environ cinq mois. Interrogé à deux reprises différentes, il ne varie point dans le mode suivant lequel les désordres de la motilité se sont manifestés. Si on lui suggère les réponses, il dit que tout a paru en même temps ; mais lorsqu'on lui laisse raconter lui-même son histoire, il répète sa première déposition. »

Les malades se plaignent d'éprouver dans les parties qui vont se paralyser un fourmillement, un engourdissement, une sensation de froid, celle d'un corps interposé, de la douleur, ou bien simplement un affaiblissement de la force musculaire. Cette diminution peut se faire sentir dans un ou plusieurs doigts, d'un seul côté ou des deux, dans la main, ou bien à la plante des pieds, aux jambes. A mesure que la maladie fait des progrès, elle s'étend aux parties supérieures, de la main au bras, à l'avant-bras, du pied, à la jambe, à la cuisse. Dans quelques cas plus rares, l'affaiblissement est reconnu en même temps dans les quatre membres. Les mains perdent leur délicatesse de toucher : les malades deviennent maladroits ; les pieds sont moins flexibles, se heurtent plus facilement ; les orteils se redressent moins bien ; les genoux sont presque à demi fléchis. Avec les progrès du mal, la paralysie gagne la langue ; les mots deviennent difficiles à prononcer. Les efforts imprimés à la bouche, aux lèvres, à la mâchoire inférieure et à la langue, pour articuler les mots, déterminent un bégaiement pénible et une lenteur confuse dans le discours. Qelquefois le désordre de la parole ne se montre que très longtemps après l'invasion de la maladie.

Lorsque la paralysie a envahi une grande étendue du corps, la motilité est diminuée, affaiblie ; les membres supérieurs serrent médiocrement les objets ; la démarche est peu ferme, légèrement vacillante, titubante, difficile, dans quelques cas impossible. Nous avons, en ce moment, dans l'établissement de la rue Sainte-Geneviève, un malade dont la paralysie a trois mois de date ; elle a succédé à une congestion cérébrale, et s'est annoncée par des divagations, un embarras extrême de la langue, un affaiblissement des membres supérieurs et inférieurs ; l'intelligence s'est rétablie ; le désordre de la langue a presque complétement disparu, mais la paralysie des membres supérieurs et inférieurs a fait de rapides progrès, et aujourd'hui le malade ne peut ni

marcher ni se servir de ses mains; il y a six semaines il était encore en état de se promener.

La sensibilité tactile participe de l'affaiblissement général. Lorsqu'on pince ou pique les malades, ils n'accusent qu'une sensation obtuse; quelquefois même ils ne sentent pas. Il peut exister des différences suivant les régions: l'impression peut être plus ou moins marquée à la peau des bras, des jambes, plus prononcée dans celle des cuisses et du thorax. La sensibilité et la motilité peuvent être plus faibles d'un côté que de l'autre, dans un bras, dans une jambe. Dans un cas, la lésion, qui s'était déclarée dans le membre supérieur droit, l'abandonna pour se porter dans le membre supérieur gauche, et ce déplacement se reproduisit d'une manière intermittente à diverses reprises. A une époque avancée de la maladie, nous avons vu la sensibilité conservée.

Plusieurs de ces malades deviennent inhabiles à l'acte de la génération, chez un individu, dont la paralysie remontait à huit ans, les organes avaient conservé leur virilité.

Avec les progrès du mal, les urines cessent d'être retenues, les matières fécales, au contraire, s'accumulent dans les intestins; plus tard l'incontinence d'urine est complète et les déjections alvines sont rendues involontairement. Il se joint aux phénomènes précédents un degré plus ou moins marqué de contraction. D'après M. Sandras, ce dernier symptôme se montre plus tôt ou plus tard; il se présente en certains cas rares, pour ainsi dire, au début de la maladie; quelquefois il ne se rencontre qu'à la fin. Il est constant ou bien il alterne plus ou moins souvent, et pour un temps plus ou moins long avec les autres symptômes ou avec une apparence de santé.

Dans tous les faits de ce genre que nous avons observés avec M. Duchenne, nous n'avons point constaté de troubles du côté de l'ouïe et de la vue. Au milieu de ces désordres, les fonctions digestives se conservent, le sommeil reste bon; leur dérangement n'arrive que vers la fin de la maladie.

Dans le tableau que nous venons d'esquisser de la paralysie générale progressive sans aliénation, nous avouons qu'il nous a été impossible de trouver des ressemblances avec la paralysie des aliénés. Il nous reste à parler maintenant d'un smyptôme qui avait complétement échappé aux observateurs que nous avons nommés, M. Duchenne et moi, et qui achève de prouver, de la manière la plus évidente, l'existence de deux espèces de paralysies générales entièrement distinctes par leur siége et leur nature.

Tout le monde connaît les ingénieuses applications que notre

honorable confrère a faites de la galvanisation localisée; nous avons pensé que ce moyen pourrait nous fournir d'importantes indications pour le sujet qui nous occupe, et c'est ce qu'ont démontré les expériences précédentes : toutes les fois, en effet, que son appareil a été appliqué, dans les cas de l'espèce, nous avons constaté la diminution, l'affaiblissement, l'absence de la contraction musculaire partielle et générale dans les extrémités supérieures, inférieures, dans la région du tronc. L'insertion des aiguilles dans l'épaisseur des muscles détermine des contractions faibles et fibrillaires qui peuvent aussi manquer. L'action de la galvanisation sur les gros troncs nerveux est celle qui se perd le plus lentement.

La sensibilité cutanée peut être augmentée : la sensibilité électro-musculaire (sensation produite par l'excitation du muscle) peut être plus ou moins développée, mais presque toujours elle est au-dessous de l'état normal. La sensibilité des nerfs est dans plusieurs cas exaltée.

La lésion de l'irritabilité musculaire peut n'être pas en rapport avec celle de la contractilité volontaire. Ainsi on observe que les muscles qui n'obéissent pas à la stimulation galvanique réagissent encore sous l'influence de la volonté, et que les malades exécutent des mouvements d'ensemble avec une certaine précision.

Dans les faits qui nous ont servi à faire l'histoire de la symptomatologie de la paralysie progressive, nous n'avons pas noté de troubles de l'intelligence ; il a pu exister un affaiblissement des facultés, et surtout de la mémoire, mais la durée a été passagère, souvent même seulement appréciable pour les malades, et leur esprit ne nous a pas paru différer de celui d'un grand nombre d'individus qui travaillent, végètent et meurent, sans avoir jamais fixé l'attention.

Dans une autre série de faits, la démence est apparente ; mais, à l'exception des pertes de mémoire, les malades rendent compte de leur position, l'apprécient, et, au milieu même de certaines incohérences et divagations, on ne découvre nulle trace de délire ambitieux, de l'exagération du *moi*, sous le rapport des forces de la santé, des talents, etc. Encore pour cette catégorie faut-il bien examiner la nature des symptômes, leur marche, et recourir à la galvanisation localisée.

La marche de la paralysie générale progressive est longue, sa forme essentiellement chronique. Nous avons interrogé des individus qui faisaient remonter leur affection à huit ans et plus. Il est possible que dans celle des aliénés, cette maladie ait un

état aigu, mais nous ne l'avons pas observé dans celle que nous décrivons.

Tous les faits soumis à notre observation ont présenté une marche continue. Nous n'avons vu l'amélioration survenir que rarement. Dans les cas où elle a lieu, le retour à la santé a, en général, été fort lent. Chez le malade de M. Sandras, lors de ma seconde visite, au bout d'un an le mieux s'était manifesté dans les membres supérieurs et inférieurs, mais la parole était aussi gênée qne la première fois, si elle ne l'était pas plus. Depuis cette époque, elle s'est améliorée : il en a été de même de l'état général.

Anatomie pathologique. Quelle que soit l'opinion que l'on se fasse sur l'identité des lésions dans la paralysie générale des aliénés, il n'en est pas moins évident que les plus fréquentes sont celles des méninges et des circonvolutions cérébrales, et, qu'effet ou cause, elles existent constamment à une époque avancée de la maladie. Dans les autopsies, encore peu nombreuses, qui ont été faites de la paralysie générale progressive sans aliénation, chez des individus malades depuis longtemps, on n'a rien trouvé dans le cerveau, dans la moelle épinière. Le malade de M. Andral ne présenta aucune lésion appréciable. Il y a tout lieu de penser qu'il en sera de cette maladie comme de l'épilepsie, de l'hystérie, de l'hypochondrie et d'une foule d'autres désordres bien caractérisés des fonctions nerveuses qui existent sans causes anatomiques appréciables : sous ce rapport, la paralysie générale progressive sans aliénation diffère donc essentiellement de la paralysie des aliénés.

Il peut arriver, chez quelques malades, que la paralysie progressive se limite à certaines parties, aux extrémités supérieures ou inférieures, à la langue, prédomine d'un côté ; mais un examen attentif révèle des désordres généraux qui établissent les rapports de cette affection avec la paralysie progressive. Les sujets gravement empoisonnés par le plomb, dit M. Sandras, flottent à chaque instant entre ces deux classes.

Pronostic. De l'aveu des médecins qui ont écrit sur cette affection, il est toujours fort grave. Le plus grand nombre des malades succombe au bout d'un temps plus ou moins long. M. Sandras n'a jamais observé de cas à marche aiguë et rapidement mortelle ou curable. On voit des malades mourir au bout de quelques mois ; nous en avons observé plusieurs dont l'affection marchait avec une extrême lenteur et durait depuis plusieurs années. Parmi les faits encore peu nombreux de paralysie générale progressive observés jusqu'alors, on cite plusieurs gué-

risons, ce qui établit encore une différence tranchée avec la paralysie des aliénés. L'amélioration a toujours été excessivement lente, et jamais les malades n'ont repris complétement leur agilité, leur délicatesse de sens, leur adresse des mains, leur force pour la marche, comme avant la maladie (Sandras). Chez les malades que nous avons observés avec M Duchenne, la perte de la contractilité musculaire électrique a toujours été en s'étendant et nous n'avons point noté d'amélioration ; le retour de cette propriété a été constaté par M. Sandras, chez le malade qui fait le sujet de sa première observation. La mémoire et l'intelligence paraissent mieux se rétablir que les autres fonctions. Lorsque la paralysie a atteint les sphincters, les malades ont toujours succombé.

Causes. Les malades observés dans les hôpitaux avaient de trente-cinq à cinquante-cinq ans. La proportion des hommes était un peu plus considérable. Nous n'avons rien remarqué relativement à l'hérédité.

Les causes occasionnelles le plus souvent notées ont été l'impression d'un froid humide et l'abus des liqueurs alcooliques.

Maintenant que l'attention est appelée sur cette paralysie, il faudrait étudier les lésions analogues, ou du moins l'espèce d'engourdissement des membres qui signale la période extrême de certaines épidémies. La discussion soulevée par M. Baillarger, à l'occasion de la pellagre, appelle un examen sérieux. Dans l'épidémie de 1829, à laquelle on avait donné le nom d'*acrodynie*, les sujets le plus vivement frappés ont présenté, sous une forme aiguë, les phénomènes principaux de la paralysie générale. On a constaté quelque chose de semblable dans une épidémie nerveuse que M. Sandras a eu occasion d'observer dans le couvent du Bon-Pasteur, à Amiens. Sous l'influence d'une longue intoxication saturnine, on rencontre souvent des paralysies partielles d'apparence progressive paraplégique, qui, à un degré plus avancé, présentent beaucoup de rapports avec la paralysie qui vient d'être décrite.

Diagnostic. Certains points de contact, quelques analogies et similitudes qu'on avait retrouvées entre la paralysie progressive et celle des aliénés, avaient engagé MM. Hubert-Rodrigues, Requin, Baillarger, Lunier, etc., à les réunir en une seule et même espèce. Cette opinion n'est point la nôtre, et nous avons vu qu'elle n'était pas également celle de médecins fort distingués. Pour mieux faire saisir les différences que la description précédente a rendues encore plus sensibles, nous allons reproduire le tableau des principaux signes de la paralysie des aliénés que

nous avons donné dans notre article sur la *démence paralytique* (*Maladies mentales*, t. IX, p. 540, de la *Bibliothèque du médecin praticien*). La perversion des penchants et des facultés affectives qui marque souvent le début de la paralysie générale, les changements de caractère, les phénomènes congestifs, l'exagération si caractéristique du *moi*, les retours de vie et de force chez des malades qui paraissaient cloués sur leurs chaises, l'embarras si spécial de la parole, la déviation de la langue, son mouvement vermiculaire, celui des lèvres, l'aspect particulier de la progression, la cessation momentanée de ces deux symptômes, la roideur des muscles, les accès convulsifs épileptiformes, les circonstances qui favorisent le développement de cette paralysie, tels que le sexe masculin, l'âge viril, l'influence des excès intellectuels et sensuels, au premier rang desquels il faut mettre l'abus des plaisirs des sens et les boissons alcooliques, la nature même des lésions anatomiques, forment un ensemble de caractères différentiels plus que suffisant pour fonder légitimement une espèce d'aliénation mentale distincte de toutes les autres, et qu'on peut appeler, avec M. Parchappe, *folie paralytique*.

M. Aran, qui a publié un bon mémoire dans les *Archives générales de médecine* (septembre et octobre 1850) sur une maladie, non encore décrite, du système musculaire, auquel il donne le nom d'*atrophie musculaire progressive*, reconnaît que, dans la forme générale, elle offre de nombreux points de contact avec la *paralysie progressive sans aliénation*, affection récemment étudiée et encore obscure.

En effet, la marche de cette paralysie est progressive comme celle de l'atrophie ; elle affecte une grande portion du système musculaire, entraîne un amaigrissement rapide des muscles, et leur disparition même dans certains cas. Elle s'accompagne aussi quelquefois d'anesthésie ou d'hyperesthésie de la peau ; mais le fait le plusconstant, c'est la diminution de la sensibilité musculaire dans les muscles qui n'ont pas subi la plus légère altération de nutrition. Rien de pareil dans l'atrophie progressive ; il peut y avoir affaiblissement en rapport avec l'atrophie musculaire, il n'y a jamais paralysie ; le début a lieu ordinairement par les membres supérieurs, où la maladie reste longtemps limitée, pour s'étendre plus tard, mais non constamment, aux membres inférieurs dans lesquels il n'y a jamais paralysie proprement dite, à moins que la fibre musculaire soit complétement détruite et remplacée par du tissu cellulaire graisseux ; jamais il n'y a d'anesthésie ou d'hyperesthésie de la peau ; jamais, non plus, la sensibilité musculaire n'est affaiblie.

Nous ferons toutefois remarquer que, dans la paralysie progressive sans aliénation, la maladie peut commencer par les extrémités supérieures, et qu'il est des cas dans lesquels on peut conserver quelques doutes sur la véritable nature de la maladie : ce sont ceux qui présentent simultanément des symptômes appartenant à ces diverses espèces de paralysie et à l'atrophie progressive.

Nous croyons donc, dans l'état actuel de la science, qu'il existe une paralysie générale progressive sans aliénation, qui ne saurait être confondue avec la paralysie des aliénés, et que, dans celle-ci même, il y a deux distinctions à établir suivant que les désordres de l'intelligence se manifestent de prime abord ou ne se montrent que plus ou moins longtemps après les troubles du système musculaire ou plutôt des centres nerveux. Encore est-il presque certain que, dans ce derniers cas, l'intégrité de l'intelligence n'est plus complète, et que si l'on serrait les malades de près, on noterait un peu d'affaissement dans l'esprit,

Traitement. La thérapeutique de la paralysie progressive présente d'assez grandes difficultés. Une indication capitale, c'est de combattre la cause et d'appliquer des remèdes aux parties affectées. Dans le premier cas, il faut s'attacher à reconnaître s'il vaut mieux rompre tout de sutie avec les habitudes ou les modifier avec prudence, Le plan une fois adopté, il faut le suivre avec persévérance.

Certaines influences, telles qu'un froid humide, réclament l'emploi des bains de vapeur aussi répétés que possible, des bains de sable chaud, des bains alcalins, sulfureux ou savonneux, des des frictions sèches ou aromatiques, de l'usage intérieur des boissons habituelles chaudes et très légèrement irritantes.

Quelquefois un élément inconnu vient s'ajouter à la maladie principale. Tantôt c'est un état pléthorique général ou local; tantôt une habitude de fluxion ou de maladie vers un point; ailleurs une cause morale ou un état nerveux.

Ces circonstances signalées, il est nécessaire de faire la plus grande attention aux indications locales. Les vertiges, les troubles de la tête, des perceptions de l'intelligence, les hallucinations dépendent-elles de la pléthore sanguine, il faut recourir aux émissions sanguines générales ou locales. Les symptômes sont-ils nerveux, on administrera des doses minimes d'opium, de belladone, d'aconit, d'un peu d'eau distillée de laurier-cerise, de cyanure à des proportions infinitésimales. Le vertige tient-il à un état chlorotique, il faudra prescrire un régime aussi fortifiant que possible, l'application locale du froid, l'usage bien

combiné des proto-sels de fer. Lorsque les sujets sont lymphatiques ou peu sensibles, qu'ils sont prédisposés à des habitudes de congestion vers la tête, des vésicatoires, des cautères ou un séton à la nuque sont indiqués.

Les douleurs des centres nerveux, les contractures nécessiteront des applications émollientes, et au besoin narcotiques, sur ces parties, ainsi que des frictions, des embrocations diversement sédatives, des bains généraux, émollients, au son, à la gélatine, aux plantes émollientes. Ces moyens pourront être prolongés plusieurs heures.

L'engourdissement avec sensation de froid réclame des applications chaudes, des frictions, soit sèches, soit avec des liquides chauds, alcalins, stimulants et même un peu irritants. En même temps, on y conservera la chaleur par des applications de bouteilles pleines d'eau à une haute température, d'enveloppes bien isolantes, de fers chauds. Lorsqu'il n'y a pas de signes de congestion trop active vers les centres nerveux, on prescrit la strychnine à l'intérieur, en commençant par cinq milligrammes; on augmente ensuite la dose. Si l'on craint les congestions, on usera de ce moyen à l'extérieur seulement, à l'aide de vésicatoires volants qu'on pansera ensuite avec une pommade dans laquelle on aura fait incorporer pour chaque jour 2, 3, 5, centigrammes de strychnine. Le plus souvent on se contentera de faire faire sur la peau des membres paralysés des frictions réitérées avec une pommade simple dans laquelle la strychnine entrera pour un trentième, un quarantième et même un cinquantième. On aura soin, en même temps, de laver souvent les surfaces ainsi utilisées avec une solution alcaline ou savonneuse.

M. Sandras, qui a surtout rapporté des exemples de guérison de paralysie progressive, nous a été utile dans l'indication du traitement.

Les applications si heureuses de l'étectricité aux maladies nerveuses devaient naturellement suggérer l'emploi de ce moyen. Les appareils préférables sont ceux de Breton, et surtout celui de M. le docteur Duchenne, de Boulogne, avec lequel on peut mieux graduer l'action des courants. Chez la plupart des malades, le résultat de l'électrisation se soutient pendant plusieurs heures et se fait même sentir durant la nuit. Il se conserve ordinairement pendant un, deux ou trois jours. Il n'est pas, par conséquent, nécessaire de répéter plus souvent l'opération ; or, comme l'électricité laisse toujours après elle un sentiment marqué de fatigue, il ne faut pas la renouveler trop souvent, et ne

jamais perdre de vue qu'en fait d'action nerveuse l'exercice fortifie et la fatigue affaiblit.

Il est une remarque pratique importante à faire, c'est que l'électricité paraît avoir des inconvénients graves dans la paralysie des aliénés. Un de nos confrères nous a rapporté l'observation d'un malade atteint de cette affection, chez lequel l'application de l'électricité, malgré son avis contraire, fut suivie d'une terminaison fâcheuse.

Il est un moyen que nous recommandons fortement : ce sont les affusions froides dans un bain qui contiendra de l'eau chaude jusqu'au-dessus de la cheville. On versera successivement la quantité d'un seau d'eau sur la tête de l'individu, placé debout, de manière que l'eau tombe surtout le long de la colonne vertébrale. Après avoir séché le patient dans une couverture de laine chaude, on l'habillera, et on lui fera faire un exercice modéré.

---

20. *Du diagnostic différentiel de la lypémanie* ; par M. Delasiauve, Médecin de l'hospice de Bicêtre.

(Annales médico-psychologiques, juillet 1851.)

En pathologie mentale, les espèces morbides sont assez mal caractérisées. Chaque auteur a sa classification ; ou, pour mieux dire, la plupart n'ont point, à ce sujet, d'opinion nette et arrêtée. Quelques-uns même pensent que l'aliénation mentale offre des troubles trop diversifiés pour permettre une division exacte. M. Foville, dans ses articles du *Dictionnaire de médecine*, rejetant, pour cette raison, toute distinction de genres et d'espèces, a préféré analyser séparément les différents groupes de symptômes.

Cette anarchie, toutefois, est doublement regrettable. En exposant les praticiens à expérimenter les médications dans des conditions qui ne soient pas parfaitement semblables, elle nuit aux progrès de la thérapeutique. De son côté, la médecine judiciaire ne peut que flotter, indécise, par la variation des interprétations individuelles.

Ayant vivement senti ces inconvénients, nous nous sommes préoccupé, presque à notre entrée dans la carrière, des moyens d'y mettre un terme ; et il nous a semblé que l'examen comparatif d'un certain nombre de types, des analogies qui les rapprochent, des différences qui les éloignent, était susceptible de conduire à des données à peu près satisfaisantes pour fonder une nomenclature acceptable.

Tel a été l'objet d'un opuscule que nous avons composé à cette époque. sous le titre : *Essai de classification des maladies mentales*, et dont l'observation n'a fait, pour nous, que confirmer depuis les éléments, par la facilité avec laquelle chaque cas vient se ranger à la place qui lui convient. Ce travail n'a reçu que la publicité restreinte d'un recuil académique de province, et, si nous avons différé jusqu'à présent à le produire dans une sphère plus générale, c'est que nous avons désiré que nos idées acquissent la maturité nécessaire, pour le rendre à la fois aussi complet et aussi précis que possible.

Ces réflexions nous sont suggérées par le sujet sur lequel nous nous proposons d'émettre quelques considérations. Qu'est-ce que la lypémanie? Les cas compris sous cette dénomination sont-ils identiques? Cette forme mentale est-elle si bien circonscrite, que chacun sache y rapporter les folies ressortissantes ?

Esquirol, sous la qualification de lypémanie qu'il a le premier employée, a rassemblé des faits d'une origine très diverse. M. Baillarger surtout, dans les remarquables articles qu'il a publiés dans ce recueil même, sur la *stupidité*, a rattaché au délire triste des altérations mentales qui en avaient été toujours distinguées.

Précisons d'abord la nature des folies qui peuvent entrer dans ce cadre. Nous montrerons ensuite les différences qui en écartent certaines autres.

Dans la pensée d'Esquirol, le terme de lypémanie était destiné à remplacer celui assez vague de mélancolie, usité chez les anciens, et qui s'appliquait indistinctement à l'ordre physiologique et à l'ordre pathologique. Restreint au sens exclusivement nosologique, ce mot, dans la nomenclature du célèbre médecin de Charenton, comprend tous les délires partiels produits par l'exagération d'un sentiment dépressif en opposition au genre monomanie qui se rapporte aux délires partiels expansifs.

Cette définition est passablement élastique. Entre la profonde tristesse et une disposition expansive, il y a de nombreux intermédiaires. Ne court-on pas risque de parquer arbitrairement ces cas incertains tantôt dans une catégorie, tantôt dans l'autre ? Esquirol a fait un genre des illusions et des hallucinations ; or, ces phénomènes, quelquefois apparents, souvent dissimulés, impriment au délire un cachet de mélancolie. N'est-on pas encore exposé à considérer comme des cas de lypémanie de véritables hallucinations, et *vice versâ* ?

L'hypochondrie fournit elle-même un exemple de l'embarras que je signale. S'il y a une folie lypémaniaque, c'est bien celle-là. Esquirol, néanmoins, s'efforce de la distinguer de la lypémanie ; mais où est la limite précise entre les deux affections ?

On dira sans doute que la lypémanie a une cause purement psycho-cérébrale, tandis que l'hypochondrie répond à une souffrance organique réelle, dont le malade s'exagère l'importance. Cette distinction, selon nous, n'a point une portée incontestable. D'où que vienne la folie, le principe immédiat en est toujours dans l'action anormale du cerveau. Quand aux croyances erronées, si leur relation avec la conservation individuelle fait du délire hypochondriaque une variété du genre, cela n'autorise pas suffisamment le nosologiste à en former une espèce à part. Un grand nombre de lypémanies n'auraient-elles pas d'ailleurs elles-mêmes leur origine dans des altérations organiques, étrangères à l'organe de la pensée ?

La dénomination d'Esquirol, sauf un peu plus d'exactitude peut-être, ne diffère guère, pour la valeur, ni de l'ancienne dénomination de mélancolie, dont l'esprit restreignait aisément l'acception aux cas morbides, ni de l'expression de tristimanie adoptée par Rush.

En réalité, comme nous l'avons démontré déjà dans notre mémoire, il n'existe que deux ordres d'aliénations mentales, générales ou partielles, portant, les unes sur les facultés intellectuelles, les autres sur la diversité des sentiments perceptifs, moraux, affectifs, instinctifs, artistiques, etc, etc. Hallucinations, monomanies, lypémanies, démonomanies, hypochondries, etc., tout cela rentre nécessairement dans la catégorie des folies partielles, et dès lors chaque cas forme une individualité morbide qui, suivant la nature et la nuance du sentiment affecté, présente sa physionomie spéciale.

Une telle manière d'envisager les faits ne permet plus de confondre, sous un type générique, les maladies les plus disparates : de rapporter, par exemple, à la lypémanie, des cas d'hallucinations qui ont leur place marquée parmi les délires perceptifs. Un individu se croit menacé du courroux céleste, s'il parle, s'il mange ; c'est une voix surnaturelle qui l'en avertit, en lui clamant que ses parents doivent être enveloppés dans la même condamnation. Sa physionomie conserve l'empreinte d'un profond abattement, sa taciturnité est invincible, il refuse toute nourriture. Verra-t-on dans cet aliéné un lypémaniaque? L'exagération du sentiment de la crainte pourrait, sans contredit, justifier cette interpréta-

tion, mais ne convient-il pas de remonter plus haut, et de rechercher, dans la surexcitation craintive, qui n'est qu'un effet, la maladie même, que constitue l'aberration hallucinatoire?

Ainsi se multiplient, dans les cas individuels, les incertitudes diagnostiques. Esquirol, au surplus, avait lui-même un vague pressentiment de cette confusion, et l'influence des penchants sur le développement du délire triste lui semblait si manifeste, que, dans un passage de son article, il émet la pensée qu'on pourrait fonder, sur la base des passions, une bonne nomenclature de la lypémanie.

Ce point, toutefois, ne doit pas ici nous occuper. Nous acceptons, pour ce qu'il est, le genre lypémanie, créé par Esquirol, et qui, étendu ou circonscrit, résume, en tous cas, une collection plus ou moins complète de monomanies ou délires partiels.

La difficulté sur laquelle nous désirons appeler l'attention médicale est surtout celle que M. Baillarger a examinée. Est-il vrai, comme l'a avancé notre honorable collègue, que la stupidité doive être considérée comme une variété du délire mélancolique?

Commençons par le dire, tel n'est pas notre avis; et si quelque chose nous étonne, c'est que le savant médecin de la Salpêtrière ait songé à assimiler deux maladies, dont personne mieux que lui n'a mis en opposition les caractères différentiels. Ses conclusions, en cela, nous paraissent diamétralement contradictoires à ses prémisses.

La lypémanie, nous l'avons vu, consiste dans l'exagération, et ajoutons dans la fixité d'un sentiment dépressif. En proie à un chagrin amer, à un désespoir profond, à une terreur excessive, l'aliéné réfléchit dans l'expression de sa physionomie, dans son attitude, dans son langage, dans ses résistances, cette situation de son âme. Les facultés générales ne sont point détruites, la concentration énergique des sentiments en modifie ou en suspend seulement l'exercice.

Jusqu'ici on s'était formé une toute autre opinion de la stupidité. Par ce mot, l'esprit s'est toujours représenté une torpeur intellectuelle, une absence plus ou moins absolue d'idées, l'exercice de la pensée aboli ou entravé, une disposition, enfin, pareille à celle dont chacun de nous peut se surprendre atteint dans certains moments où les fonctions cérébrales sont inertes, comme paralysées.

Cette définition, si elle est exacte, établit entre les formes lypémaniaque et stupide une différence fondamentale. Il y aurait

entre elles toute la distance de l'activité à l'atonie, de l'énergie à la nullité des opérations cérébrales. C'est plus qu'une simple dissemblance, c'est un contraste formel.

Sur quelles raisons s'appuie donc M. Baillarger pour ramener à l'unité, des espèces morbides si essentiellement divergentes ?

« On aurait tort, suivant lui, de croire que la pensée soit inactive chez les stupides. Les observations qu'il a recueillies attesteraient, au contraire, que le cerveau est le siége d'un travail intérieur qui absorbe les facultés : l'imagination est entraînée par des conceptions délirantes, subjuguée par des scènes fantastiques, de nature effrayante pour la plupart. Les malades entendent des bruits étranges, voient des spectres, des animaux gigantesques, des assassins, des abîmes, des précipices, etc. »

Ces phénomènes n'ont point échappé à la sagacité de M. Étoc-Demazi ; ils ont été également signalés par M. Ferrus ; mais ces auteurs, loin de les interpréter dans le sens de la mélancolie, n'en ont pas moins considéré, avec raison, l'affection dans laquelle on les observe comme une suspension plus ou moins complète des facultés mentales.

Où découvre-t-on, en effet, les preuves qu'ils dépendraient de la lypémanie ? Dans cette dernière forme, dont elles sont souvent l'unique source, les préoccupations maladives et les hallucinations exercent sur le physique et le moral une influence aussi directe que puissante et soutenue. En est-il de même dans la stupidité? Evidemment non. Symptômes fortuitement ajoutés à d'autres symptômes, complications d'un état qu'elles ne créent point, qui peut-être favorise leur production, les sensations dont il s'agit n'apportent aucune modification importante à l'immobilité extérieure, à l'obtusion intellectuelle, à l'embarras de la mémoire, à la nullité sentimentale. Rarement il en ressort des actes combinés, réfléchis, tant elles s'offrent vagues, isolées, disparates, en raisons des entraves opposées à l'exercice intellectuel.

Qu'on se figure un clavier sur lequel se promène une main distraite ou inexpérimentée ; soumis au jeu machinal de ses propres molécules, et notamment aux impulsions de la circulation sanguine, le cerveau rend ainsi toutes sortes de notes discordantes. Il en est des stupides comme de ces hommes de l'*In exitu*, qui ont des yeux pour ne pas voir, et des oreilles pour ne point entendre. Leur situation me paraît de tout point comparable à celle des gens qui assisteraient en automates à une bataille ou à un spectacle. Impuissants à se soustraire aux impressions dont leur imagination est frappée, ils en peuvent conserver le souvenir, comme ces spectateurs dont je parle se remémorent

le bruit du canon, de la fussillade, la mêlée des combattants, les mouvements et les déclamations des acteurs, etc. En un mot, les stupides sont des témoins forcés et tout à fait passifs des scènes qui s'accomplissent en eux.

On a insisté sur la nature terrifiante des visions. Nous doutons, et l'analyse des observations connues en fournirait elle-même la preuve, que ce caractère soit invariable. Au surplus, là n'est pas la question; il est certain que, sous l'oppression cérébrale, les rêves, qu'on me passe cette expression, ne doivent pas être couleur de roses. L'essentiel est de discerner quand, tristes ou non, les perceptions vicieuses appartiennent à un sentiment altéré, ou correspondent à une confusion intellectuelle ; or, ce dernier cas est celui de la stupidité.

Ce simple parallèle met suffisamment en relief les types saillants, ceux dans lesquels l'engourdissement physique et moral est porté à l'extrême ; mais il y a de nombreux degrés intermédiaires. La stupéfaction alors étant moindre, il peut arriver que les idées et les hallucinations sinistres réagissent assez douloureusement sur l'esprit pour simuler une lypémanie. Le délire alcoolique, l'encéphalopathie saturnine présente beaucoup d'exemples de ce genre. Toutefois, au fond, la démarcation entre le délire triste et la stupidité est si radicale, que nous allons la retrouver dans les moindres détails de leur histoire.

Si réelle que puisse apparaître l'analogie des symptômes, on ne tarde guère, en y regardant de près, à noter des dissemblances, conséquences de la diversité des conditions cérébrales.

L'aspect de la physionomie offre un sensible contraste. Chez le stupide, l'hébétude, l'immobilité des traits, l'incertitude du regard révèlent la nullité de la pensée et des émotions. La teinte mélancolique que développe parfois le sentiment d'un malaise vaguement perçu s'allie à la torpeur sans l'effacer. Tout est lourd, nonchalant dans la démarche et l'habitude extérieure. Au repos, on dirait, dans certains cas, une *statue* sans vie. L'attitude roide du lypémaniaque, sa figure concentrée, chagrine, défiante, ses yeux fixes obliquement dirigés, le plus souvent vers la terre, expriment l'exaspération de la douleur morale.

Chez le premier, le langage, quand la faculté ne lui en est pas interdite, est obscur et embarrassé comme l'intelligence. Il hésite, cherche ses mots et combine péniblement quelques phrases incomplètes, incertaines. Ce défaut de netteté est surtout particulier aux faits accomplis durant les phases morbides. Du reste, il n'est pas rare qu'ayant lui-même une sorte de conscience de son état, le malade se plaigne de ne pouvoir se rendre compte

ni du lieu où il est, ni des impressions qui l'obsèdent. Quant aux vagues périls qui parfois l'effraient, dans la plupart des cas, il ne les rattache à aucun sujet précis d'inquiétude.

Le second pourrait, s'il y consentait, et cela arrive quelquefois, prendre part à une conversation suivie ; mais habituellement il ne fait, dans un dialogue contraint et entrecoupé, que se lamenter, divulguer ses soupçons, ses terreurs, son désespoir et son dessein d'en finir avec ses tourments imaginaires.

Dans l'une et l'autre affection, le mutisme a également une expression différente. Le stupide ne manque pas de bon vouloir. En présence de l'interlocuteur, il semble prêter quelque attention à ses paroles ; mais soit qu'il ne les comprenne pas, ou qu'il ne puisse coordonner les éléments d'une pensée, sa réponse avorte : l'impuissance le paralyse. Chez le lypémane, la taciturnité s'accompagne presque toujours des marques visibles d'une violente lutte intérieure, l'aliéné étant partagé entre le vif désir de rompre le silence et la crainte des suites que cette indiscrétion peut entraîner. L'effort est tel alors qu'il se traduit quelquefois par de l'impatience, de la colère, des actes de fureur. Dans certains cas aussi la véhémence du penchant maladif est si intense, que l'attention n'en saurait être détournée.

Ces remarques s'appliquent à d'autres genres de résistances. On sait avec quelle obstination certains lypémaniaques refusent la nourriture. L'inutilité de la douche rend souvent indispensable l'alimentation forcée. Jamais de tels moyens ne sont employés chez les stupides. On le conçoit : un homme qui ne pense pas ne saurait se soustraire, volontairement du moins, à la satisfaction de ses besoins naturels. Mais bien opposé est le cas d'un malheureux qui, en acceptant tel ou tel aliment, s'imaginerait encourir une punition terrible, avaler du poison ou aggraver quelque désorganisation interne.

Par suite de la même disposition, le stupide se laisse volontiers déplacer et conduire. On l'habille, on le couche, on le promène sans difficulté sérieuse. Il faut souvent se gourmer vigoureusement avec les lypémaniaques pour les réduire à l'obéissance.

Ces derniers, pour échapper au supplice qu'ils endurent, méditent et accomplissent fréquemment le suicide. Les stupides n'en conçoivent pas même la pensée ; et si l'on en a noté un certain nombre à qui elle est venue, qui ont même tenté de l'exécuter, il est aisé de s'assurer que, résultat fortuit et passager du trouble général, elle n'a point chez eux cette tenacité logique qu'on remarque chez les autres. Il en est de même des actes funestes auxquels les lypémaniaques sont poussés par leurs con-

victions délirantes, tandis que d'habitude inoffensifs, les stupides n'en commettent de semblables que par exception et sous l'empire d'une inspiration toute machinale.

Ajoutons que l'obstination des lypémaniaques n'est pas toujours invincible. Des privations, des châtiments plus ou moins rigoureux peuvent équilibrer chez quelques uns les suggestions morbides. Par la crainte réelle opposée aux terreurs chimériques, on les amène à participer aux entretiens, à confesser les influences qui les dominent, à manger, à se livrer au travail. On voit aussi de ces malades qui sortent avec certaines personnes de l'absolue réserve qu'ils gardent avec d'autres, causant spontanément avec elles et en recevant de la nourriture, comme si une sorte d'attrait eût vaincu leur défiance. L'heure de la journée, l'état de l'atmosphère, la disposition de leur esprit entrent pour beaucoup dans ces alternatives de taciturnité et d'expansion. Rien de semblable ne s'observe chez les stupides, dont l'inertie ne subit point de vicissitudes aussi soudaines et aussi capricieuses.

La tristesse des lypémaniaques réagit d'ailleurs sur les fonctions organiques d'une manière plus funeste que l'engourdissement des stupides; à l'embonpoint ordinaire des uns, on peut opposer la fréquente maigreur des autres, minés par le chagrin et souvent par une abstinence volontaire. Le stupide absorbe comme un végétal.

Dans la marche, la durée, le pronostic, les causes et le traitement, il y a, comme dans les symptômes, quelques différences à noter entre la stupidité et la lypémanie. Toutes deux peuvent être continues ou rémittentes; mais, dans ce dernier cas, le délire triste offre des fluctuations que l'on ne rencontre point au même degré dans l'autre forme. Le moindre incident, la plus petite contrariété fait renaître les accidents; du soir au lendemain, d'un moment à l'autre, le lypémane peut différer de lui-même; chez le stupide, les périodes d'amélioration sont ordinairement plus uniformes et plus soutenues. La diminution des symptômes ne tient point, en effet, à un simple changement dans la direction des idées, mais à une modification qui s'est opérée dans les organes mêmes, sous l'influence soit d'une crise naturelle, d'un remède ou d'une disposition climatérique.

La durée des deux affections est indéterminée. Il y a des lypémanies qui se dissipent promptement, comme il y a des cas de stupidité qui se prolongent d'une manière indéfinie. En général, toutefois, la forme stupide, à moins de dépendre d'une lésion incurable, comme lorsqu'elle s'ajoute à la démence, à l'apo-

plexie, etc., et sans y comprendre la stupeur épileptique et le délire ébrieux dont le cours est passager, parcourt ces phases plus rapidement que le délire mélancolique. Sur neuf malades de ce genre, dont le relevé est sous nos yeux, le séjour en moyenne a été de cinquante jours seulement. Les cas les plus heureux de lypémanie sont rarement guéris dans un aussi court espace; car le propre des idées fixes est de se fortifier par elles-mêmes et de se compliquer en engendrant d'autres préoccupations maladives.

Plus lente dans sa marche, la lypémanie compte, en même temps, plus d'insuccès que la stupidité; du reste, favorable ou funeste, l'issue offre, dans l'un et dans l'autre cas, des diversités remarquables. Chez le lypémane, par exemple, la résolution du délire est le plus souvent l'effet d'une diversion morale. Esquirol et presque tous les auteurs en ont cité de nombreux cas. Combien de fois n'a-t-il pas suffi d'une opération simulée pour rendre au calme, du moins momentanément, tel hypochondriaque qui croyait à la présence d'animaux dans ses viscères? Cette résolution dépend, surtout chez le stupide, d'une révolution organique. Celui-ci, d'un autre côté, s'éteint habituellement avec tous les signes de la dégradation paralytique, tandis que l'autre, lorsqu'il n'abrége pas ses jours par une fin violente, succombe prématurément, dans la majorité des cas, soit à l'inanition, soit à une affection subaiguë de la poitrine ou des entrailles.

Tout cela s'explique aisément par la nature des causes qui, pour la plupart, appartiennent, dans la stupidité, à l'ordre physique, et dans la lypémanie à l'ordre moral. La sanction s'en trouve enfin dans l'état du cerveau lui-même qui, matériellement lésé dans un cas, semble n'accuser dans l'autre qu'une simple altération fonctionnelle.

Je n'ai pas besoin de dire que de ces différences découle une thérapeutique diverse.

Tout ce qui peut débarrasser l'organe cérébral du sang ou des humeurs qui l'engorgent : sangsues aux oreilles, ventouses à la nuque, pédiluves irritants, exutoires, révulsifs intestinaux, préparations diffusibles, convient de préférence dans la majeure partie des cas de stupidité. Ces moyens, au contraire, sans être pourtant absolument négligés (car ce sont d'utiles auxiliaires), doivent, chez les lypémaniaques, céder le pas aux agents de révulsion morale, à l'intimidation, aux récompenses, aux exercices, aux travaux agricoles, etc.

D'après l'aperçu que nous venons de présenter, il est facile de voir combien on aurait tort de vouloir confondre des espèces morbides si distinctes. Mais, pour ne laisser aucun doute à ce

sujet, nous allons mettre en regard les uns des autres plusieurs faits ressortissant à chacune d'elles et choisis surtout parmi ceux qui sont de nature à former contestation. Dans une première catégorie, nous rangerons les observations de lypémanie ; dans une deuxième et une troisième, celles de stupidité ordinaire et épileptique ; dans une quatrième, enfin, des cas mixtes, de caractère problématique.

(*La suite à un prochain numéro.*)

VIII. Maladies des voies génito-urinaires.

21. *De l'incision externe dans le traitement des rétrécissements de l'urètre*; par le docteur ACHILLE CHEREAU.

(L'Union médicale, N° 106 ; 9 septembre 1851.)

Décidément, le canal de l'urètre joue de malheur. Depuis bientôt deux ans, une nouvelle méthode curative des rétrécissements, proposée et pratiquée par un chirurgien d'hôpital, un professeur de l'Université d'Édimbourg, a fait hisser au-delà du détroit le drapeau de la révolte. Cette fois, le caractère phlegmatique anglais, s'est déridé, et la presse médicale, prenant à cœur de déplorables débats, comparables à ceux que certaines spécialités ont fait naguère retentir sur le continent, a fait chorus et a courtoisement offert ses colonnes aux champions de l'un et l'autre parti. Il est vraiment désolant de voir des hommes, revêtus d'un caractère officiel, ayant pour mission de faire profiter les jeunes intelligences de leurs connaissances, jouissant, par leurs talents, leur expérience, leur savoir, d'une réputation laborieusement acquise, descendre dans l'arène de choquantes personnalités, mettre en jeu de petites passions et paraître avoir plus à cœur quelque vanité blessée que la souveraine question de l'humanité ! S'il est vrai que ces discussions, dans lesquelles l'esprit de convenance et de bonne confraternité n'est pas toujours sauvegardé, tournent, en résumé, au profit du malade, il ne l'est pas moins qu'elles enlèvent quelques lambeaux du respect public, auquel a droit notre noble profession, et que ce sont des verges que nous nous préparons nous-mêmes pour nous flageller.

Ces tristes réflexions nous sont suscitées par les chauds débats qu'ont soulevés en Angleterre les travaux publiés par M. Syme, d'Édimbourg, sur la *cure radicale des rétrécissements du canal de*

l'urètre au moyen de l'incision périnéale. Ces débats datent de plusieurs années; nous les avons suivis avec attention, et si nous n'en avons pas encore donné une esquisse dans l'*Union médicale*, c'est qu'il nous semblait prudent d'attendre que l'effervescence du moment fût passée, que l'expérience, le temps eussent fourni leur grand enseignement, et que les passions, en s'affaiblissant, eussent permis de voir plus clair dans ce conflit.

Notre rôle sera, du reste, bien simple ici. Ne nous sentant pas les qualités propres à juger une question de pure chirurgie spéciale, nous nous contenterons d'esquisser rapidement la méthode curative de M. Syme, les raisons qu'il donne en sa faveur, les réponses qu'il fait aux principales objections qui lui sont adressées, en mettant de côté toute l'âcreté qui règne dans tous ces pamphlets, et en nous occupant seulement d'un moyen de traitement très important, puisqu'il s'agit de l'une des plus tenaces affections que la chirurgie ait à combattre.

M. James Syme, chirurgien, depuis plus de vingt ans, d'un grand hôpital, professeur de clinique à l'Université d'Édimbourg, occupe dans la science une haute position qu'il doit à son talent comme opérateur et à d'importants travaux, parmi lesquels nous citerons ses *Principes de chirurgie* qui sont devenus classiques au-delà du détroit. En 1849, il publia une brochure de 72 pages, intitulée : « *On stricture of the uretra and fistula in perineo*, » dans laquelle l'auteur fait part à la profession de sa méthode de traiter certains cas de rétrécissements urétraux, bien que, dès l'année 1844, il l'ait déjà pratiquée et annoncée dans un journal périodique (*Monthly journ. of med. sc.*, oct. 1844). Cette méthode, mise en pratique déjà, et pourtant avec certaines modifications, bien avant M. Syme, puisque nous la trouvons consignée dans les travaux de sir Everard Home, B. Brodie, Jameson, Liston et de plusieurs autres chirurgiens distingués, consiste à inciser le canal de l'urètre au siége même du rétrécissement, à trancher l'anneau morbide, cause du mal, et à maintenir une dilatation convenable du canal pendant que s'effectue le travail de cicatrisation.

Mais quelques détails sont nécessaires ici. M. Syme divise les rétrécissements de l'urètre en trois classes :

1° Ceux dans lesquelles il n'existe vraiment pas de rétrécissement organique du canal ;

2° Ceux où le rétrécissement est susceptible de dilatation, et peut guérir par le simple emploi des bougies ;

3° Enfin, les rétrécissements qui résistent à tous les efforts de la dilatation, ou qui, malgré cette dilatation temporaire, re-

viennent à leur état primitif, sans avantage réel pour le malade.

C'est à cette troisième classe de rétrécissements que le chirurgien écossais applique sa méthode de traitement. Ici il n'y a pas seulement rétrécissement, mais bien, dans la partie affectée, un épaississement remarquable, le plus souvent sensible à travers les téguments, et formant là un anneau aplati et résistant.

« Ayant eu très souvent, dit M. Syme, l'occasion de constater les tourments que provoque cette forme de rétrécissements (ceux de la troisième classe), et de regretter l'insuffisance des moyens thérapeutiques connus, j'ai eu le bonheur de faire connaître à la profession une méthode sûre, facile et efficace de vaincre la difficulté, laquelle méthode consiste à inciser la partie rétrécie du canal sur une sonde canelée introduite dans l'urètre. Le soulagement prompt et complet qui résulte de ce mode de traitement, même dans les cas les plus enracinés et les plus graves, est un des bienfaits les plus remarquables que l'art chirurgical ait à sa disposition. Les espérances que je conçus sur cette méthode ont été plus que réalisées, et aucun malheureux, soumis aux tortures d'un rétrécissement tenace, n'a plus le droit d'accuser d'insuffisance l'art chirurgical. »

Quant au mode opératoire, le voici tel que M. Syme le décrit dans son mémoire de 1849:

Le malade est placé sur le bord du lit, les deux jambes relevées et soutenues par des aides. Le chirurgien introduit dans le canal de l'urètre une sonde cannelée, légèrement recourbée, et assez petite pour franchir la partie contractée. Cette sonde est confiée à un aide. Alors l'opérateur pratique sur la ligne médiane du périnée ou sur le pénis, et au point même où existe le rétrécissement, une incision de 2 à 3 centimètres, qui entame la peau et les tissus sous-jacents, sans pourtant pénétrer dans le canal. Puis, au moyen de la main gauche qui tient la sonde, on pousse celle-ci vers l'incision externe, en même temps que la main droite, armée d'un bistouri petit et fort, plonge ce dernier dans la rainure de la sonde, et le dirige en bas, de manière à trancher rapidement toute la partie épaissie. La sonde cannelée est alors retirée et remplacée par un cathéter en argent, qu'on y laisse pendant quarante-huit heures. Au bout de ce temps, l'urine a généralement repris son cours normal, et la plaie se cicatrise promptement.

Rien de plus simple, en apparence, comme on le voit, que cette opération, pratiquée par M. Syme plus de cinquante fois, suivie à peu près constamment, selon lui, de succès, et se recommandant d'elle-même par son innocuité, le soulagement

immédiat qu'elle procure, et la permanence de ses effets.

Nous prenons au hasard quatre de ces observations, et nous voyons :

1° Un malade âgé de 44 ans, atteint d'un rétrécissement très ancien, qui avait déterminé une fistule périnéale. La bougie n° 2, passe avec peine ; l'opération est pratiquée ; l'anneau morbide est complétement tranché ; on introduit dans la vessie une sonde n° 8, qu'on maintient pendant trois jours ; au bout de ce temps, l'urine passe complétement par le canal ; les bougies n°s 10 et 12 sont successivement introduites ; le dixième jour, la plaie périnéale est cicatrisée, et le malade obtient une cure permanente constante par neuf semaines de séjour à l'hôpital, sans récidive.

2° Chez un nommé James Shortt, âgé de 54 ans, et opéré par M. Dunsbure, le rétrécissement datait de quatorze ans, et s'avançait jusque dans la portion membraneuse du canal de l'urètre. L'incision périnéale permet l'introduction des sondes, 7, 9, 10, 12 ; la plaie se cicatrise le 21e jour, et le malade sort complétement guéri.

3° Le nommé Macrae, 45 ans, atteint d'un rétrécissement dans la portion bulbeuse, et qui ne laisse pénétrer qu'une bougie n° 2, est opéré selon la méthode Syme, par M. J.-F. Cruikshank ; pendant cinq jours, l'urine passe par la plaie ; elle reprend ensuite son cours normal ; les bougies 11, 12, 13, sont successivement introduites. On obtient une guérison complète et permanente.

4° Un autre homme de 40 ans, atteint d'un rétrécissement depuis vingt ans, et qui avait été traité sans succès par des hommes du premier mérite, par Liston, entre autres, est opéré par M. Syme le 31 janvier 1850, et guérit assez bien pour pouvoir supporter une sonde n° 12.

Nous n'en finirions pas si nous donnions la liste de tous les cas traités avec succès par M. Syme. L'auteur met, dans les nombreux mémoires qu'il a publiés sur ce sujet, une conviction, une assurance bien propres, à la première vue, à combattre la vigueur des objections qui lui sont adressées sur sa méthode. Ces objections sont nombreuses. On lui dit : 1° que l'on rencontre souvent des rétrécissements qui ne sont *pas perméables* aux instruments, et qui, par conséquent, ne pourraient profiter des bénéfices de l'opération ; 2° que l'opération est dangereuse, est fréquemment suivie de graves accidents ; 3° que dans les cas mêmes où elle amène du soulagement immédiat, la cure est loin d'être permanente, et que l'affection tend constamment à récidiver

pire que jamais ; 4° que la plupart des rétrécissements perméables aux instruments peuvent être guéris par ces derniers sans l'emploi du bistouri ; 5° que l'incision périnéale est susceptible d'être suivie d'hémorrhagies graves, mortelles même, d'une vive réaction constitutionnelle et d'une mort rapide.

A l'appui de ces objections formulées, principalement par MM. G.-W. Mullar, J. Lizars, Robert Wade, etc., on fait remarquer que l'opération n'est pas basée sur l'expérience ; que ses succès sont loin d'être ceux annoncés par M. Syme ; qu'il est possible de rapporter des exemples nombreux dans lesquels l'opération non-seulement n'a pas réussi, mais a été suivie de terribles résultats ; que le mode opératoire n'est guère moins difficile que la lithotomie ; qu'ici, comme dans l'opération de la taille, l'artère du bulbe peut être coupée, et donner naissance à de déplorables hémorrhagies ; qu'il n'est pas prouvé si M. Syme parvient à faire parcourir l'urètre par son aiguille cannelée, ou s'il ne fait pas souvent fausse route ; que parmi 16 cas publiés par M. Syme lui-même, on compte 4 guérisons, 6 résultats douteux, 2 qui ne furent guéris qu'après un mois de dilatation, et 4 dans lesquels les malades devinrent tout à fait incapables de remplir les devoirs actifs de la vie. On ajoute encore, et c'est M. Lizars qui parle, que dans les rétrécissements tenaces, l'incision ne guérit pas la maladie ; que dans les cas où l'affection est moins invétérée, la dilatation est préférable, et que l'incision périnéale est alors « une bévue chirurgicale » (surgical blunder); que par l'usage attentif et persévérant d'un cathéter en argent, les rétrécissements du canal de l'urètre peuvent être guéris plus sûrement, et avec moins de danger que par la section périnéale. Suit alors la liste des faits malheureux publiés par MM. Smith, Cock, Gay, etc.

Dans l'impossibilité où nous nous trouvons de les faire connaître tous, nous nous contenterons d'un fait que M. J. Mackensie a fait insérer dans le *Monthly Journal* (mars 1851), et qui a rapport à un nommé Andrew Cree, âgé de 41 ans ; son rétrécissement ou plutôt ses rétrécissements dataient de douze années : le premier existait à 6 centimètres de l'ouverture urétrale, le second commençait au bulbe ; une sonde extrêmement petite ne pouvait franchir l'obstacle ; M. Mackensie parvint cependant, après des efforts réitérés et du temps, à passer la bougie n° 3, mais on eût tenté vainement le n° 4. L'opération est pratiquée en faisant deux incisions correspondant aux deux points rétrécis; immédiatement après on put passer la bougie n° 8. Le lendemain, état satisfaisant ; mais le troisième jour la sonde ayant

été retirée la veille, il se déclare tous les accidents d'une vive réaction constitutionnelle : fièvre, frissons, convulsions, vomissements ; affaiblissement graduel du pouls, mort rapide, malgré toutes les armes, la transfusion même du sang, qu'on opposa à ces malheureux phénomènes.

L'autopsie démontra de graves altérations anciennes dans les voies pulmonaires, du pus dans les plèvres, qui pouvaient donner raison de la mort et empêcher la cicatrisation de la plaie périnéale, dont les lèvres furent trouvées blafardes, comme gangreneuses.

L'on comprend que M. Syme ne laisse pas sans réponse les objections de ses adversaires, qui, il faut l'avouer, n'ont pas toujours la courtoisie et la décence des observations de leur côté.

Pour lui, il n'y a pas véritablement de rétrécissements imperméables, tous les obstacles pouvant être vaincus avec de l'habileté et de la persévérance. « Qu'on me montre, s'écrie-t-il, un rétrécissement imperméable et j'avouerai l'arrogance de mes prétentions : prétentions bien justifiables, puisque, pendant vingt ans d'une pratique assidue, comme chirurgien d'hôpital, je n'ai pas rencontré un seul rétrécissement que je n'aie pu franchir. J'insiste d'autant plus sur ce point que j'en comprends toute l'importance ; et sans vouloir assurément me placer au-dessus de mes confrères, j'ai offert, et j'offre encore, de traiter tous les cas de rétrécissements, tels imperméables qu'ils soient, qui seraient envoyés à mon hôpital. Tous les malades qui ont été reçus ont été favorisés d'un soulagement complet, soit au moyen de la simple dilatation, soit par l'incision, une fois la perméabilité obtenue. J'ose espérer que les résultats futurs seront aussi satisfaisants. »

Les craintes d'une hémorrhagie formidable sont de même combattues par M. Syme qui, dans plus de quarante cas qu'il a opérés, n'a pas eu à redouter cet accident. Il est vrai que, dans des mains inexpérimentées, et sans une connaissance profonde de l'anatomie périnéale, l'artère du bulbe pourrait être lésée ; mais cet accident ne peut arriver au chirurgien rompu à ce genre d'opérations. A peine si l'incision fournit une ou deux petites cuillerées de sang.

Enfin, lorsqu'on objecte à M. Syme que le soulagement apporté par l'opération n'est pas toujours permanent, et que la récidive est très commune, le chirurgien répond que cela ne lui est point arrivé, en se conformant à une règle essentielle : maintenir, après l'opération, une dilatation permanente du canal, jusqu'à ce que le travail de cicatrisation soit complétement ter-

miné. Cette précaution n'est pas nécessaire dans tous les cas, puisqu'il a vu des urètres incisés conserver un bon calibre, sans qu'on fît usage des bougies dilatantes. Mais, enfin, il suffit que, dans certains exemples, le rétrécissement récidive et devienne pire qu'auparavant, pour que le chirurgien n'oublie pas, la section du bourrelet morbide une fois faite, de maintenir pendant longtemps la dilatation graduelle du canal.

Nous terminons ici notre analyse. Il est évident que, dans une question aussi délicate, le temps devra exercer tout son empire, et trancher un point de pratique si violemment controversé! Nous avons donné les raisons pour et contre l'opération, telles qu'elles émanent d'hommes qui se recommandent par leur longue expérience, leur savoir et les fonctions publiques qu'ils remplissent. Peut-être nos chirirgiens français seront-ils plus aptes à porter un jugement sain et impartial, placés comme ils le sont en dehors des déplorables passions qui agitent en ce moment nos confrères d'outre-mer.

XII. Généralités.

22. *Observations sur la non-existence de lésions organiques appréciables dans certaines maladies* ; par le docteur Braive. (Mémoire publié par décision de la Société de Médecine de Paris.)

(Revue médicale, septembre 1851.)

L'étude de la localisation des maladies ne peut constituer à elle seule toute la science du diagnostic, c'est ce que j'exposais, il y a peu de temps, devant la société. Je voudrais aujourd'hui appeler votre attention sur des considérations, des appréciations de faits pratiques de nature, si je ne me trompe, non pas à détourner l'esprit de l'étude de l'anatomie pathologique, mais à faire voir qu'elle ne peut pas toujours suffire à nous éclairer ; à démontrer que, dans l'état actuel de nos connaissances, il peut être permis, sinon prescrit par la saine raison, de reconnaître encore des maladies purement fonctionnelles, au moins dans leur origine.

Dans le cours de la discussion élevée au sein de la société de médecine sur les aliénations mentales, et à propos des folies instantanées et passagères, M. Collineau disait que, dans les cas

d'aliénation non durable, il n'existait pas d'altération organique. Si cette proposition était contestée, cette autre, du moins, me paraît incontestable, à savoir que s'il en existe une, elle est au moins insaisissable, donc non avenue. Un fait bien remarquable avait été antérieurement cité dans la même discussion. Un malade, jusque là parfaitement sain d'esprit, fait appeler son médecin : saignez-moi immédiatement, je vous prie ; le sang se porte violemment vers la tête, et avec lui je sens, pour ainsi dire, me monter vers le cerveau des idées, un désir irrésistible de suicide. La veine est ouverte, et, avec l'écoulement du sang, disparaissent tous les symptômes. Supposons le remède différé de quelques minutes, le malade cédant au désir morbide, ou succombant à une congestion cérébrale. L'autopsie est faite ; les lésions découvertes sous le crâne, soit dans l'encéphale, soit dans ses enveloppes, caractérisent-elles la maladie à laquelle cet homme a succombé? La congestion cérébrale a été la cause immédiate, sans nul doute, de l'aberration d'idées qui a poussé au suicide ou de la mort elle-même, si elle a été assez forte et assez durable pour anéantir les fonctions du cerveau ; mais la maladie proprement dite n'est-elle pas cette cause inconnue qui a troublé la circulation, jusqu'alors normale, qui, en pervertissant cette fonction, lui a fait produire ces effets qui ne sont que secondairement devenus cause de mort.

Ce que je viens de dire sur ce fait particulier n'est-il pas applicable à l'histoire d'une foule de maniaques, terminée si souvent par la description, après l'ouverture, de lésions cérébrales qui expliquent très bien les phénomènes qui ont eu lieu peu de temps avant la mort ; les paralysies, par exemple, qui expliquent bien la mort elle-même, mais souvent aussi, n'indiquent réellement rien, comme cause première, sur les premiers symptômes qui, dans un grand nombre de cas, ont paru se lier à des troubles fonctionnels, soit des voies digestives, soit des organes de la génération.

Des maladies de l'encéphale, passons rapidement à celles de la poitrine. Disons, pour exemple, un mot d'un phénomène morbide très commun, qu'il tienne à une cause passagère et fugace, ou qu'il se lie à une affection organique devant nécessairement devenir mortelle, les palpitations de cœur. Il n'est aucun de nous sans doute, qui, sous l'influence de causes morales, n'ait plus ou moins souvent éprouvé ce symptôme, à des degrés variables, qu'il se produise à des intervalles éloignés, que sa durée soit courte, et personne ne pensera à y voir le signe d'une

affection organique. Il y a seulement trouble momentané de fonction ; en un mot il y a maladie de fonction.

Il serait trop long d'examiner au point de vue de cette distinction, et d'établir peut-être pour toutes les maladies, tous les divers appareils de fonctions. J'ai hâte d'ailleurs de vous parler d'un ordre d'affections qui me fournira l'occasion de vous communiquer deux observations, les fièvres intermittentes pernicieuses.

Depuis bientôt 30 ans que j'étudie la médecine, j'ai pu recueillir cinq observations de fièvres intermittentes pernicieuses simulant, pendant la durée de l'accès, une altération viscérale. Deux se groupent tout naturellement par la similitude de la maladie simulée, la pneumonie ; j'aurai dans un instant l'honneur de vous les lire ; les trois autres par l'époque où elles ont été recueillies : deux en décembre 1848, avant l'invasion de l'épidémie de choléra, la troisième en septembre 1849, vers le moment où elle allait cesser. La première simulait une péritonite puerpérale, six jours après une couche heureuse ; la seconde, le croup chez un jeune garçon de 7 ans, la troisième, enfin, le choléra, après cinq jours de cholérine. Je ne vous raconterai pas cette dernière, observée en même temps que par moi, par mes bons amis les docteurs Caffe et Charles Fournier, uniquement pour m'éviter le souvenir des angoisses qu'elle m'a causées ; le malade était mon frère.

Dans ces cinq maladies, toutes fort graves et que j'ai dû craindre de voir se terminer par la mort, le second accès est venu éclairer mon diagnostic, et le troisième à été empêché ou très notablement modifié par l'administration du sulfate de quinine. Dans deux cas, dans celui de choléra et dans l'une des deux pneumonies, il y a eu récidive et nécessité de prescrire de nouveau le sulfate de quinine. J'arrive enfin à vous dire les deux observations. La première a été recueillie en 1831, au moment où, reçu à peine docteur en médecine et encore interne à l'hôpital Beaujon, j'allais revoir ma famille, dans la Loire-inférieure. C'était l'époque de l'année où la Loire, après avoir débordé pendant presque tout l'hiver, rentre peu à peu et lentement dans son lit. J'avais bien observé, dans les divers services des hôpitaux auxquels j'avais été attaché, des cas nombreux de fièvres intermittentes, mais isolées, en général légères, et cédant facilement à l'usage du spécifique. Je connaissais, par les livres et les leçons de mes maîtres, les fièvres intermittentes pernicieuses larvées, je n'en avais pas vu une seule.

Le 30 mai au matin, je suis appelé, près du village de St-Sé-

bastien, dans une maison située près le bord de la Loire, et introduit, dans une chambre au premier étage, près de M. l'abbé de la L.... C'était un homme de 42 ans, habituellement bien portant ; il ne se rappelle point d'autre maladie qu'une fluxion de poitrine, lorsqu'il finissait ses études au séminaire. La veille encore, il se croyait dans la plénitude de la santé, vers huit heures du soir, il a été pris de froid, vomissement, douleurs dans les membres. Malgré le séjour au lit, une double couverture de laine, et l'ingestion d'une infusion très chaude de fleurs de tilleul, le froid a continué pendant 3 heures. Vers le milieu de sa durée, douleur vive au côté droit, au-dessous du sein, toux fréquente et pénible, crachats sanguinolents expectorés avec peine, difficulté de respirer, sentiment d'angoisse. Au frisson a succédé une chaleur brûlante pendant deux heures, puis peu à peu moiteur, enfin sueur générale et abondante. Quand la transpiration a commencé, diminution de la douleur de côté, expectoration facile et abondante de crachats sanglants. A 6 heures du matin, le malade me racontait tous ces détails. Il se trouvait alors bien, parlait et respirait librement ; la toux est rare et facile, l'expectoration est à peine teinte de sang. Voici maintenant ce que j'observai. Décubitus sur le côté droit, face pâle et altérée, disposition au refroidissement, le malade s'enveloppe avec soin, peau chaude, un peu sèche, pouls régulier, mais vif, en apparence dur d'abord, mais facilement dépressible, un peu de lassitude, mais plus de douleurs dans les membres, langue blanchâtre, plate et humide. Dans toute l'étendue du côté droit, la percussion donne un son un peu moins clair que celui du côté gauche, à peu près égal partout, si ce n'est peut-être vers la base du poumon. La partie antérieure ne fournit aucun signe à l'auscultation en arrière : râle muqueux à grosses bulles, le ventre paraît être en bon état, une garde-robe a eu lieu vers la fin de la nuit ; rien vers la tête.

Prescription. Infusion de fleurs de violettes, un looch, repos absolu, un bouillon.

A 7 heures du soir, je suis en grande hâte rappelé près de mon malade ; son messager craint que je ne le trouve plus vivant. A 6 heures, en effet, refroidissement général, efforts pour vomir, puis syncopes, douleurs vives de côté droit, dyspnée extrême, toux fréquente et douloureuse, expectoration difficile de crachats sanglants, pouls petit, misérable, fuyant sous le doigt, la face d'une pâleur extrême, les traits tirés. A l'infusion de fleurs de tilleul prise très chaude, je fais ajouter quelques gouttes de vieille eau-de-vie, un peu de vin de Malaga, est administré

par cuillerées à café; des sinapismes sont appliqués à la partie internes des cuisses, des mollets, au coude-pied. Des frictions sont exercées sur la région précordiale avec un liniment ammoniacal. Vers 10 heures, la chaleur commence à revenir à la peau, le pouls se développe peu à peu ; à minuit, il est plein, dur, dépressible encore, la face animée, la douleur de côté a augmenté, la toux encore douloureuse, amène plus facilement des crachats sanglants, la respiration se fait mieux. Je puis alors examiner la poitrine ; matité en arrière dans tout le tiers moyen, au moins, bruit respiratoire faible, quelques traces de râle crépitant.

Mon malade profite du retour de la parole pour réclamer avec insistance une saignée, pour me reprocher de ne l'avoir pas faite le matin. J'ai bien de la peine à lui faire comprendre que si l'état du pouls, l'aspect de la face et la tendance au refroidissement m'ont empêché de faire selon son désir à ma première visite, *a fortiori* devais-je résister maintenant, et lui prescrire le sulfate de quinine. A 3 heures, sueur qui devient lentement générale et abondante, diminution progressive, et plus lente que la veille, de la douleur de côté.

Le 31, 6 heures du matin : état comparable à celui dans lequel j'ai trouvé le malade la veille. Il est cependant beaucoup plus faible, le pouls plus dépressible encore, la peau chaude ; mais le moindre mouvement est cause de refroidissement, face pâle, défaite, abattement profond. Quatre grains de sulfate de quinine sont administrés ; deux autres doses égales devront être prises à 10 et à 2 heures, quelques cuillerées de bouillon et de vin de Malaga, infusion chaude de feuilles de menthe. A 8 heures du soir, je revois mon malade, il est resté calme jusqu'alors, il a eu un peu de sommeil. A 9 heures, trois heures plus tard que la veille, frisson vague, un ou deux efforts de vomissements, soif, douleur de côté, quelques crachats sanglants, décubitus sur le côté malade, répulsion invincible pour le moindre mouvement, pouls faible, mais constamment sensible. De 10 à 11 heures, chaleur vive ; à minuit sueur générale, crachats faciles, à peine sanglants.

Le 1er juin, 6 heures du matin : à 2 heures, la sueur a cessé, sommeil court, mais paisible, calme parfait, respiration facile ; le malade parle sans tousser, il désire le bouillon et le vin de Malaga, n'éprouvant plus, dit-il, que de la faiblesse. Même prescription que la veille. De 10 à 11 heures du soir, nouvelle visite, point de frisson jusqu'alors ; le malade a peur, n'ose espérer la continuation du calme, il finit cependant par s'endormir avant minuit. La peau est un peu chaude, le pouls normal.

Le 2 Juin, 6 heures du matin : la nuit a continué comme elle avait commencé. Le malade s'est réveillé vers 5 heures; la physionomie, malgré la pâleur, exprime le bien-être et le contentement; il allonge ses membres avec délice et demande à manger. Je fais donner un potage ; à cela près, même prescription que la veille. Le soir rien, la nuit est bonne.

Le 3, état très satisfaisant, appétit prononcé et impérieux, plus de symptômes de maladie, si ce n'est la pâleur et la faiblesse. L'alimentation sera augmentée d'un second potage, deux doses de sulfate de quinine seront prises au lieu de trois, c'est-à-dire huit grains au lieu de 12.

Le 4, continuation du mieux : six grains de sulfate de quinine seulement, un peu de viande grillée, vieux vin de Bordeaux avec de l'eau ; le malade se lève.

Le 5, promenade en voiture, alimentation substantielle. Je recommande au malade de la continuer pendant qeulque temps, tout en s'observant beaucoup ; d'être toujours clos et fermé le soir, enfin, de commencer le lendemain l'usage du vin de quinquina. Trois jours après, j'avais cessé de le voir.

La 2e observation que je vais avoir l'honneur de vous lire, présentera avec celle-ci de nombreux traits de ressemblance. Le malade qui en est le sujet est aussi un ecclésiastique.

Le 4 mai 1843, je suis appelé rue Saint-Dominique Saint-Germain, chez un mien cousin, l'abbé C...., chanoine titulaire du chapitre royal de Saint-Denis, âgé de 34 ans, d'une constitution éminemment lymphatique. Je l'ai déjà soigné de nombreuses névralgies, souvent intermittentes ; en 1839 d'une pleuro-pneumonie grave. Je le vois à 8 heures du matin, il est couché sur le côté gauche, la face est pâle, le regard a perdu son expression habituellement animée. Tiens, me dit-il en me montrant des crachats : encore une fluxion de poitrine, prends ta lancette, j'ai fait préparer tout ce qu'il faut pour une saignée. J'interroge et j'apprends ce qui suit : la veille au soir, le 3 mai, il est rentré chez lui mal à l'aise, fatigué, craignant de ne pas digérer son dîner, il s'est couché, s'est endormi vers 10 heures. A 1 heure du matin, réveil par un sentiment de froid intense, frisson, claquement de dents, douleur vive au côté gauche, respiration pénible, toux, expectoration difficile de crachats sanglants. Infusion chaude de thé, couverture surajoutée. Après deux heures, chaleur vive, augmentation du point de côté, de la toux, de l'expectoration, puis sueur générale, et peu à peu diminution des derniers symptômes indiqués, si ce n'est de l'expectoration qui reste abondante et conserve son caractère.

Au moment de mon examen, la peau est chaude, sèche, le pouls petit, mais bat cent pulsations à la minute, (dans l'état normal il dépasse toujours 80) la douleur de côté est peu prononcée, la respiration à peu près libre, la toux grasse, sonoréité normale, râle muqueux abondant ; le ventre en bon état, la tête aussi ; cependant faiblesse, abattement, sentiment de tristesse. Infusion de lierre terrestre, potion gommeuse additionnée, kermès minéral 15 centigr., diète, repos absolu. Je revois le malade au commencement de la soirée, il est bien ; à minuit, on vient me chercher ; à 11 heures, sentiment de malaise, douleurs des membres, envies de vomir, puis brusquement frisson terrible, syncope presque incessante, effort pour tousser, respiration anxieuse, râle bruyant, décubitus sur le côté gauche, la tête pendante sur le bord du lit, la main droite convulsivement attachée au côté gauche ; pouls filiforme, battant avec une rapidité extrême. Cet état affreux dure 5 heures, pendant lesquelles le pouls et la respiration m'ont fait craindre plusieurs fois la mort. Le malade boit avec peine quelques cuillerées de thé, aiguisé d'un peu d'eau-de-vie ; des sinapismes sont appliqués, des frictions chaudes et sèches sont pratiquées avec vigueur et persévérance. Enfin, vers 4 heures du matin, la chaleur commence à se faire sentir, le pouls reprend un peu de force, les syncopes deviennent moins fréquentes, le malade peut nous dire quelques mots ; il accuse une douleur poignante au côté gauche, la toux amène des crachats sanglants. A 5 heures, la chaleur est générale, la peau est sèche, brûlante, le pouls développé, large, mais mou, je compte 112 pulsations à la minute. A 6 heures, la sueur commence ; avec elle, la douleur de côté diminue ; la respiration se fait plus facile, l'expectoration augmente. Le malade trouve dans son extrême faiblesse une excuse, un refus obstiné de faire un mouvement qui me permette de l'ausculter.

Le 5 au matin, prescription : sulfate de quinine, un gramme divisé en trois doses égales à 8, 11 et 2 heures, infusion de lierre terrestre, diète, repos. A 3 heures, la toux et l'expectoration ont cessé ; le malade, se sentant trop faible, a pris un bouillon ; vers 8 heures du soir, douleurs vagues dans les membres, frissons passagers, bâillements, pandiculations ; à 9 heures, soif, chaleur, accélération du pouls, quelques quintes de toux sèche, puis très promptement sueur abondante pendant 2 heures, sommeil pendant la nuit.

Le 6, l'abbé déclare n'être plus malade, mais faible à un degré extrême. Il est en effet d'une pâleur excessive, les yeux sont profondément enfoncés dans les orbites, le pouls mou, petit,

à 88. Même prescription que la veille, plus trois bouillons, quelques cuillerées de vin de Malaga, deux de ces bouillons sont remplacés par deux potages, le vin de Malaga par de très vieux Madère. Le soir, aucun phénomène morbide, la nuit est excellente.

Le 7, amélioration notable, facies moins altéré, pouls normal, absence complète de douleur et de toux, respiration excellente; les urines rendues pendant la nuit, abondantes, laissent déposer un sédiment briqueté. Je fais diminuer de moitié la dose du sulfate du quinine, je permets au malade de se mettre à table. Soutenue par une alimentation convenable, l'usage du vin de quinquina au Malaga, la convalescence a été franche et rapide ; quatre semaines plus tard l'abbé part pour l'Afrique. Arrivé à Alger, il apprend que le prince de Joinville, qu'il devait rejoindre, a fait voile pour Cadix. Il séjourne cinq jours à Alger, puis s'embarque pour l'Espagne. La seconde nuit qu'il passe à bord, récidive des accidents que je viens de décrire, surtout du point de côté et des crachats pneumoniques, Le médecin du navire lui propose une saignée : le malade s'y refuse jusqu'au lendemain ; à la 2e visite du docteur, le patient lui raconte ce qu'il lui est arrivé à Paris, la médication employée, et prétend qu'il doit encore en être de même cette fois. Convaincu surtout par la différence qu'il constate entre l'état actuel et celui de la nuit, le médecin administre le sulfate de quinine, et la guérison est aussi prompte que la première fois. Il n'y eut pas de second accès. Il n'en fut pas de même de la convalescence ; le retour à la santé fut plus long, plus pénible.

Des considérations que je vous ai soumises, et que j'ai appuyées par des faits, me sera-t-il permis de conclure que, malgré les services rendus à la science médicale par l'étude de l'anatomie, les phénomènes se rattachant à des troubles fonctionnels, doivent encore être attentivement étudiés par le praticien, et qu'ils doivent influer sur ses jugements en diagnostic et en thérapeutique.

---

23. *Rapport sur les épidémies cholériques de* 1832 *et de* 1849 *dans les établissements dépendants de l'administration générale de l'assistance publique de la ville de Paris* ; par M. Blondel, inspecteur de l'administration générale de l'assistance. — Un vol. in-4°.

Suite et fin : *voir* t. XI, novembre, 1851, p. 208.

(Gazette médicale de Paris, N° 24, 1851.)

3° *Mesures administratives relatives à l'épidémie.*

Nous passons à la partie du Rapport qui a pour objet les mesures administratives prises à l'occasion du choléra.

Ici nous serons obligés de remonter à 1832, car 1849 s'est borné, pour ainsi dire, à le copier, sauf en un ou deux points qui ont été modifiés par motif d'économie plutôt que pour d'autres raisons.

Sur la fin de 1847, M. le préfet de la Seine et M. le préfet de police, en vue du choléra qui s'avançait de nouveau vers nos contrées, appelèrent auprès d'eux une commission composée de deux chefs de division des deux préfectures et de deux membres de la commission administrative des hospices civils. Sur l'avis de cette commission. dans laquelle il n'entrait, comme on voit, pas un médecin, les deux préfets arrêtèrent des dispositions dont la première fut « de suivre les errements de 1832. » (p. 129.)

Or, qu'avait-on fait en 1832? Le Rapport va nous le dire : « Dès le mois de juillet (1831), le conseil général des hôpitaux et hospices avait chargé deux commissions composées, l'une de membres du conseil et de membres de la commission administrative, l'autre de médecins, d'examiner les moyens de satisfaire à toutes les exigences du service, » dans la prévision de l'invasion probable du choléra.

« Dans le courant de septembre, elles firent toutes les deux leur rapport. La commission médicale exprima l'avis d'affecter spécialement trois ou quatre hôpitaux au traitement des cholériques, et d'avoir en dehors de Paris des maisons de convalescence....

« Le conseil général, en communiquant ces documents à l'autorité supérieure, dut faire remarquer que la caisse des pauvres, déjà en déficit, ne saurait pourvoir à aucune création de service si la ville ou l'État n'en supportait la dépense... On répondit dans le même sens à M. le préfet de police, quand il communiqua au conseil un rapport par lequel une commission centrale de salubrité demandait la formation de 2 hôpitaux spéciaux, de 4 maisons de convalescence et de 48 ambulances.

« Entre des demandes aussi exagérées et la déclaration du conseil, l'autorité municipale hésita à prendre un parti ; et M. le ministre du commerce proposa alors, comme mesure provisoire, de faire évacuer entièrement deux hôpitaux pour qu'on pût y placer tous les cholériques dès le début de l'épidémie.

« Sans s'y opposer, le conseil fit remarquer que ce serait priver les pauvres de Paris immédiatement de plusieurs centaines de lits dans un moment où il y avait déjà affluence de malades ; qu'il serait probablement impossible de ne recevoir les cholériques que dans deux établissements ; qu'en conséquence, la mesure serait fâcheuse pour la population tant que le choléra ne serait pas déclaré, insuffisante le jour où il serait à Paris. Cédant pourtant aux instances de l'autorité supérieure, le conseil décida, le 22 février, que l'administration conserverait disponibles 100 lits à l'hôpital Beaujon et autant à l'hôpital Saint-Antoine, et qu'elle préparerait dans les autres établissements, là où ce serait possible, des salles et des lits supplémentaires. — Ce fut la seule décision concernant le service des hôpitaux, qui précéda l'invasion du choléra dans la capitale. » (P. 44, 45 et 46.)

Voilà donc, au mépris de l'avis formel d'une commission d'hommes compétents, et malgré les instances du ministre au département duquel ressortissent les établissements hospitaliers, voilà donc la seule mesure de prévoyance qu'il est possible, aux approches d'un fléau tel que le choléra, d'obtenir du conseil général des hôpitaux : 200 lits préparés pour une population de 750 et quelques mille habitants, dont le quart au moins a besoin de recourir à l'hôpital en cas de maladie !

Voyons les résultats : « Le 26 mars (c'est toujours le Rapport de l'agent de l'administration que nous citons textuellement), le 26 mars le choléra avait éclaté dans la capitale, et dès le 28 l'administration constata l'impossibilité, prévue à l'avance par elle, de séquestrer les cholériques dans deux hôpitaux. » (P. 46).

Comment ! cette impossibilité est constatée par l'administration dès le 28 mars, et nous lisons à la page 15 du Rapport ce qui suit :

« Le premier cas de choléra qui fut constaté dans les hôpitaux civils remonte au 26 mars ; le 27 on compta 3 cas dans les vingt-quatre heures, et le lendemain 13. Le 29 mars, 34 ; le 30, 62 ; le 31, 90 cas. »

Et c'est en présence de ces chiffres qu'on viendra nous dire que, dès le 28 mars, l'administration avait constaté l'impossi-

bilité que deux hôpitaux pussent suffire à l'admission des premiers cholériques. Le nombre total de ceux-ci était jusqu'alors de 17.

Du moment, d'ailleurs, que les deux hôpitaux spéciaux se fussent trouvés insuffisants, pour recevoir les victimes de l'épidémie, qu'est-ce qui eût empêché de leur en affecter successivement un troisième, un quatrième, en évacuant les malades ordinaires sur ceux de ces établissements qui n'auraient point encore été ouverts aux cholériques? C'est surtout en face d'une épidémie débutante qu'il importe de mettre en pratique le précepte : *Principiis obsta.*

Il nous est agréable, nous ne le dissimulons pas, de pouvoir revendiquer en faveur de la commission médicale de 1831, le mérite d'avoir proposé la mesure qui consistait à séparer les cholériques des autres malades dans les hôpitaux, et de renvoyer à qui de droit la responsabilité de la conduite contraire qui fut adoptée alors et suivie de nouveau en 1849, avec plus de préjudice évident et moins d'excuse encore, puisque dans cette dernière année l'épidémie ne se développa, pendant les mois de mars et d'avril, qu'avec une lenteur extrême qui permettait l'emploi de toutes les précautions. Les membres de la commission médicale de 1831 étaient MM. Portal, A. Dubois, Lisfranc, Chomel, Cruveilhier, Parent-Duchâtelet et Guéneau de Mussy. Il n'est pas hors de propos du citer leurs noms, à la veille peut-être du jour où la question du mode de propagation du choléra recevra enfin une solution longtemps attendue. Assez de notabilités du corps médical ont, depuis cette époque, patroné un déplorable système qui, de peur d'alarmer les populations, les livre sans défense aux coups d'un fléau meurtrier.

Nous ne nous arrêterons pas à la question des dépenses, occasionnées par les deux épidémies de choléra, question plus administrative que médicale. Nous nous hâtons d'arriver au résumé comparatif de ces deux épidémies et aux conclusions du Rapport. Nous y voyons, entre autres remarques, la suivante :

« 1832, comme 1849, prouve que le choléra, peut, au début et à la fin d'une invasion, exister sans être à l'état d'épidémie. »

Comment ceux qui ne veulent attribuer le choléra qu'à la cause mystérieuse dite *influence épidémique*, pourront-ils concilier cette observation avec leur système? Nous signalons la difficulté et nous passons outre, car le temps nous presse.

En arrêtant les relevés au 1er octobre pour les deux épidémies, on trouve, ainsi qu'il a été dit précédemment, que le nombre des victimes du choléra a été, en 1832, de 18,402 et de

19,069 en 1849. M. Blondel évalue qu'il a atteint, en 1832, 39,475 personnes, et 35,449 en 1849.

Dans les hôpitaux civils, la mortalité fut, en 1832, de 46 sur 100 cholériques traités ; elle s'élève, en 1849, à 51 sur 100 : ce qui prouve, hélas ! que l'expérience d'une première invasion n'a fait faire aucun progrès à la thérapeutique du choléra-morbus.

Il est douteux, d'ailleurs, que les malades portés comme cholériques, soit à l'une, soit à l'autre époque, aient tous été réellement affectés du choléra. Nous trouvons la raison de ce doute dans le tableau n° 20 des cholériques, sortis guéris des hôpitaux et classés selon la durée du traitement. Ce tableau nous présente comme étant sortis dès le deuxième jour, c'est-à-dire le lendemain de leur entrée : en 1832, 407 cholériques, en 1849, 228 ; le troisième jour, 342,— 145, etc. Or il nous semble impossible que des sujets qui sont sous le coup d'une véritable attaque de choléra, puissent, dans l'espace de vingt-quatre heures, être mis en état de sortir. C'étaient donc là probablement de simples diarrhées qu'on a fait figurer comme autant de cas de choléra. On dit, il est vrai, que dans l'Inde les naturels qui tombent tout à coup sous les atteintes du mal reviennent avec la même rapidité, c'est-à-dire en quelques heures, à leur état de santé ordinaire, si on leur administre des remèdes appropriés. Mais dans nos climats, autant du moins que nous l'avons pu observer, jamais l'élimination du principe cholérigène et la cessation de ses effets n'ont lieu d'une façon aussi prompte, une fois que ce principe a été réellement introduit dans l'économie et qu'il y a décelé sa présence par les symptômes pathognomoniques du choléra.

Le rapport contient deux alinéa sous le titre de *Question médicale*. L'auteur s'y borne à déclarer qu'il ne donnera aucune indication des traitements employés; comme si la question médicale était tout entière dans le traitement, comme si la plupart des points qu'il a traités jusqu'alors n'étaient pas du ressort de la médecine et de la compétence des médecins ! Nous sommes loin, d'ailleurs, de lui faire un reproche de n'avoir point passé en revue toute la série des médications plus ou moins incohérentes qui ont été tentées ; nous trouvons que c'est encore trop des quelques lignes qu'il y consacre et que nous reproduisons, on verra tout-à-l'heure pourquoi.

« En disant qu'aux deux époques tous les moyens curatifs les « plus opposés ont été mis en usage, qu'il en est peu qui n'aient « eu quelques heures de succès, qu'il n'en est pas un qui, de « l'assentiment général, ait été reconnu supérieur à tous les

« autres, mais qu'aux yeux de tous les praticiens, le point le « plus important est de soigner le mal dès ses premiers symp- « tômes, et qu'il est alors aussi facile de le combattre qu'on a « de peine plus tard à en arrêter les progrès, nous aurons con- « signé toutes les observations qu'il nous est permis de repro- « duire dans ce rapport. »

M. Blondel ne fait ici que répéter l'opinion d'un grand nombre de médecins, notamment lorsqu'il dit que « le point le plus important est de soigner le mal dès ses premiers symptômes, et qu'*il est alors facile de le combattre...* » Aussi notre objection s'adressera-t-elle moins à lui qu'aux médecins qui ont mis en vogue l'opinion précitée. Comment se fait-il donc, demanderons-nous, que les cas déclarés sur les malades de l'intérieur des hôpitaux, et qui ont pu être soignés à temps, dès la manifestation des premiers symptômes, aient été cependant si peu arrêtés dans leur marche qu'ils ont donné lieu à une mortalité beaucoup plus forte que les cas venus de l'extérieur, qui n'ont été soumis au traitement qu'à une époque où les symptômes pathognomoniques existaient déjà ? On répondra que les malades des salles étaient en général des sujets affaiblis par des affections antérieures. Nous en convenons ; mais cette circonstance, s'il était aussi aisé qu'on le prétend d'arrêter une attaque réelle de choléra, ne suffirait pas pour expliquer le peu de succès des moyens employés dans les services des hôpitaux contre les cas qui s'y sont développés. Nous croyons, pour notre compte, que les confrères qui se flattent d'avoir combattu avec tant de bonheur les prodromes du choléra, ont eu simplement affaire, la plupart du temps, à des diarrhées plus ou moins violentes, à des indispositions gastriques ou intestinales. Tant qu'il ne se produit ni vomissements ni selles riziformes, ni crampes, ni refroidissement notable, ni suppression des urines, comment peut-on affirmer qu'on se trouve en présence d'un cas de choléra, qu'on en a sous les yeux les prodromes ? Et une fois ces symptômes graves déclarés, est-il un praticien qui ose assurer qu'il triomphera du mal ?

Reste enfin, du *Rapport sur les épidémies cholériques de* 1832 *et* 1849, le chapitre final intitulé : *Conclusion.* L'auteur y décline « la prétention d'avoir voulu expliquer la cruelle énigme du choléra ; il est loin, dit-il, de notre pensée de vouloir nous poser en OEdipe devant ce nouveau sphynx des temps modernes. » Préambule plein de modestie, qui ne l'empêche pas toutefois d'énoncer, comme découlant de l'ensemble des faits, une série de propositions dont quelques-unes au moins sont très contesta-

bles. Nous ne voulons pas, assurément, parler de celles que voici : « La cause inconnue qui préside au développement du « choléra détermine, suivant les circonstances, ou des cas isolés, « ou une invasion épidémique ; elle peut agir presque instanta- « nément sur tous les points d'une ville aussi grande de Paris « ou se circonscrire sur un seul ; elle se développe lentement « ou d'une manière subite ; elle s'épuise par le développement, « et s'affaiblit aussitôt qu'elle a cessé de croître, etc. » Sauf la banalité de ces remarques, nous n'y trouvons point à redire. Mais nous cherchons vainement ce qui, dans les faits consignés au *Rapport*, faits sur lesquels nous avons longuement insisté, a pu autoriser M. Blondel à conclure « que rien, dans la marche « ni dans le développement du choléra, n'indique qu'il se pro- « page de proche en proche, pas plus que d'individu à individu. »

Comment, un mal qui par deux fois s'est avancé d'une marche progressive et a cheminé, pour ainsi dire étape par étape, depuis les bords du Gange jusqu'aux rives de la Seine, qui a passé successivement de l'Inde à la Perse, de la Perse à la Turquie et à la Russie, de la Russie à la Pologne, puis à l'Allemagne, ensuite à l'Angleterre, de là dans nos départements du Nord et à Paris, d'où il a irradié vers le centre et l'ouest de la France, un tel mal ne se propage pas de proche en proche ! Nier cela, c'est nier l'évidence. Et pour ce qui est de la propagation d'individu à individu, le dépouillement des documents transmis de tout les points de notre pays qu'a visités la dernière épidémie cholérique, et spécialement par les médecins qui l'ont observée dans les communes rurales, ce dépouillement, nous croyons pouvoir le prédire, ne laissera subsister à cet égard aucun doute.

Maintenant, pour terminer par un éloge le compte-rendu d'un travail envers lequel nous avons le regret d'avoir été dans la nécessité de nous montrer sévère, nous citerons deux sages dispositions que l'auteur recommande pour le cas où une troisième épidémie de choléra viendrait atteindre Paris. La première de ces dispositions, c'est que la direction de l'assistance publique ait soin de se ménager, lors d'une nouvelle invasion, les moyens de vider momentanément un ou deux hôpitaux, et de transférer au dehors toute la population d'un de ses hospices. La seconde est formulée ainsi :

« Comme il est constant que la crainte de la contagion, « *quelque peu fondée qu'elle soit*, fait sortir des hôpitaux beaucoup « de malades dont l'état peu s'aggraver par la suspension des « soins qu'ils recevaient, il faudrait multiplier les services, de « telle sorte qu'*en général les cholériques ne fusseut pas* PÊLE-MÊLE

« *dans toutes les salles avec les autres admis*, et que ceux venant « du dehors au moins fussent placés à part. »

Peu importe le considérant allégué, la décision est trop conforme à l'intérêt des malades pour que nous songions à autre chose qu'à féliciter M. l'inspecteur Blondel du conseil qu'il donne ici à l'administration.

Et maintenant, pour résumer en peu de mots notre jugement sur la publication officielle dont nous venons de parcourir les diverses parties, nous dirons qu'à ce travail nous reprochons surtout trois choses :

1° L'omission de toutes recherches sur l'origine des premiers cas du début de l'épidémie : absence de toutes données, par conséquent, pour ou contre l'importation ;

2° La flagrante contradiction de sa conclusion principale avec le fait capital de l'épidémie de 1849, qui ne peut s'expliquer raisonnablement que par la contagion savoir : *Proportion énorme de cas développés à l'intérieur des hôpitaux sur les malades ordinaires et sur le personnel du service* ;

3° L'inconséquence d'avoir soutenu une thèse, celle de la non-transmission du choléra, et d'avoir conclu finalement en sens inverse, à la séparation des cholériques d'avec les autres malades dans les établissements hospitaliers.

Heureuse inconséquence au surplus, et qui nous fait espérer que l'administration ne mourra pas dans l'impénitence finale !

Vienne, pour la confirmer dans ces bonnes tendances, la discussion, qui ne saurait tarder beaucoup désormais de s'engager au sein de l'Académie nationale de médecine, et peut-être à l'Académie des sciences, sur le mode de propagation du choléra !

Sans préjudice des lumières que ne pourront manquer de répandre sur cette grave question les corps savants que nous venons de nommer, lorsqu'ils se décideront enfin à la traiter à fond, et en attendant la solution qui lui sera donnée par eux, il y aurait un moyen facile d'arriver dès à présent à se former à ce sujet une opinion d'un certain poids. Que le gouvernement, par exemple, fasse appel aux médecins de toutes les localités qui ont été visitées par la dernière épidémie de choléra, et demande à chacun d'eux de faire connaître s'il a ou non observé des exemples qu'il juge probants de la transmission du mal. Autre mode d'enquête : Que les médecins qui, avant 1849, n'admettaient pas la contagion du choléra, et qui, d'après les faits dont ils ont été alors témoins, l'admettent aujourd'hui, soient invités à en faire la déclaration ; qu'il soit adressé une invitation sem-

blable à ceux qui auraient changé d'opinion dans le sens contraire. Ce serait là une sorte de scrutin qui en vaudrait bien un autre dans l'intérêt de l'humanité, et qui permettrait de juger, approximativement du moins, quelle a été l'impression générale produite sur le corps médical en France par l'observation du dernier choléra.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE NATIONALE DES SCIENCES DE PARIS.

SÉANCE DU 1er DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

Acide particulier du poumon.

M. Dumas présente, de la part de M. Verdeil, une note sur un acide particulier sécrété dans le parenchyme pulmonaire de la plupart des animaux, acide particulier cristallisé, formant avec les bases des combinaisons également cristallisées. Cet acide, sécrété par le parenchyme pulmonaire, se trouve en partie à l'état libre, et en plus grande masse à l'état de sel de soude.

Cet acide, obtenu à l'état cristallisé, est un corps brillant, réfractant fortement la lumière. Chauffé à 100 degrés, il ne perd pas d'eau de cristallisation; à une température plus élevée, il crépite et se fond, puis se décompose, en donnant lieu à des produits empyreumatiques; il reste un charbon volumineux qui disparaît sans laisser trace de cendres.

Ce corps est très-soluble dans l'eau, insoluble dans l'alcool froid, mais soluble dans l'alcool bouillant; il est insoluble dans l'éther. L'analyse élémentaire montre que cet acide est formé des éléments : carbone, hydrogène, azote, soufre et oxygène, dans des proportions définies.

L'acide du poumon forme des sels cristallisés avec les bases, et chasse l'acide carbonique des carbonates.

La présence d'un acide secrété par le parenchyme même du poumon nous semble avoir une haute portée physiologique. En effet, l'acide sécrété se trouve en contact avec le carbonate de soude du sang amené par les vaisseaux capillaires; il décompose ce sel en se réunissant à la soude, et l'acide carbonique devenu libre peut s'exhaler par la respiration.

La présence d'une partie de cet acide à l'état libre dans le poumon

indique que c'est bien dans ce viscère qu'il se forme et non dans le sang, qui est alcalin.

En s'unissant à la soude du sang, l'acide du poumon ne change en rien la réaction de cette humeur, puisqu'il prend seulement la place de l'acide carbonique qui est chassé par la respiration.

Causes de la présence du sucre dans les urines.

M. Reynoso communique une nouvelle note sur la présence du sucre dans les urines.

Dans ses notes précédentes, l'auteur a cherché à constater la liaison qui existe entre la respiration et la présence du sucre dans les urines, de telle sorte que toute cause jetant quelque trouble dans l'accomplissement de cette fonction occasionnait le passage du sucre dans les urines.

L'auteur a aussi parlé de la médication hyposthénisante qui préserve une partie du sang de l'action de l'oxygène. J'ajouterai, dit-il, aux exemples déjà donnés, que chez des chiens soumis à un traitement d'arsenic, de plomb, de sulfate de fer, chez des malades traités au carbonate de fer, on a toujours constaté la présence du sucre dans les urines.

M. Reynoso aborde maintenant la deuxième partie de ses recherches. Lorsque la respiration viendra à être troublée, soit par une maladie propre du poumon ou par l'effet d'une autre affection qui jette quelque trouble dans son accomplissement normal, il y aura du sucre dans les urines.

L'auteur a constaté sa présence aussi dans les urines des tuberculeux, et la quantité en était d'autant plus grande que la période de la maladie était plus avancée et que les phénomènes inflammatoires étaient plus intenses.

Dans la pleurésie, dans la bronchite chronique, il y a aussi du sucre dans les urines. Il y en a aussi dans l'asthme.

On en trouve aussi dans les cas d'hystérie et d'épilepsie.

Dans le choléra, il doit y avoir du sucre dans les urines ; car, d'après les expériences de M. Rayer, le poumon ne fait, dans cette maladie, subir à l'air aucun ou presque aucun changement. Il serait à désirer que les médecins qui sont à même d'étudier ces maladies recherchassent la présence du sucre dans les urines des malades.

Traitement de la couperose par l'iodure de chlorure hydrargireux.

MM. Hochard et Sellier soumettent au jugement de l'Académie les résultats qu'ils ont obtenus dans le traitement de la couperose de l'emploi de l'iodure de chlorure hydrargireux, de M. Boutigny.

Chez 10 malades, l'éruption, de date fort ancienne, avait été inutilement combattue par des médications suivies et régulières. Au lieu de s'amender, le mal, chez la plupart, s'était élevé du degré érythémateux au degré pustuleux ; la santé enfin se trouvait généralement compromise par de fâcheuses complications, soit des migraines opiniâtres, des palpitations, de la gastralgie, de la constipation ou un trouble notable dans la menstruation. Tous ces accidents ont cédé dans l'espace de deux à six mois au plus. Les téguments détergés, modifiés, ont recouvré leurs propriétés normales en même temps que disparaissaient les complications, que se régularisaient les fonctions, que cessait l'étiolement, que se raffermissait, en un mot, la santé générale. Sous l'empire de cette stimulation, la peau s'anime, la circulation s'accélère, la chaleur augmente, une *poussée* abondante, tantôt de simple sérosité, tantôt de matière puriforme, s'échappe des follicules entr'ouverts, et se convertit, au contact de l'air, en croûtes qui recouvrent les parties altérées ; survient alors une détente, les croûtes tombent, laissent à nu une surface de moins en moins indurée à mesure que les opérations se répètent. Par un procédé inverse, il s'effectue ici ce que réalisent certaines médications internes produisant des *poussées* du dedans à la périphérie. Seulement, né au dehors, le principe des crises se répand dans l'économie entière, pour revenir aboutir au point d'où il procède, etc.

Les auteurs emploient souvent l'iodure de chlorure hydrargireux à l'intérieur en sirop et en pilules. Quelquefois ils se bornent aux applications externes, suffisamment efficaces, et dont il est plus aisé de graduer l'action selon la sensibilité individuelle.

Dans la préparation qu'ils ont adoptée, le composé médicamenteux entre pour 75 centigrammes sur 60 grammes d'axonge. Une seule friction suffit dans la journée, le soir ou le matin. Elle doit être limitée aux surfaces malades. La réaction ne tarde pas à se manifester avec la série de phénomènes signalés. On renouvelle les frictions deux ou trois jours de suite après ; on les suspend un même intervalle de temps pour les reprendre et les continuer de la sorte jusqu'à la cure définitive, à moins que des accidents exceptionnels n'obligent à des suspensions plus prolongées.

On acquiert, en général, la preuve de l'influence curative du traitement par la diminution progressive du trouble réactionnel, de la vigueur des poussées.

Nouvelle méthode pour l'étude du système nerveux applicable à l'investigation de la distribution anatomique des cordons nerveux, et du diagnostic des maladies du système nerveux. — Reproduction des nerfs.

M. Waller présente, sous ce titre, un mémoire étendu dont nous extrayons les passages suivants :

« Ce procédé consiste dans la section des diverses parties du système nerveux, soit les nerfs, soit la moelle épinière, de manière à interrompre leur connexion avec les parties centrales, et après avoir gardé l'animal en vie pendant un temps plus ou moins long (ce temps a varié, dans nos expériences, d'un à deux et même trois mois), de déterminer ensuite, à l'aide du microscope les changements qui sont survenus dans les parties périphériques et centrales. On sait déjà que lorsque la connexion d'un nerf spinal avec la moelle est interrompue, les parties élémentaires de ce nerf se désorganisent.

« Des expériences ont été faites sur les nerfs sciatiques des grenouilles et des lapins. Dans ces expériences, la préparation des nerfs pour l'examen microscopique présente des difficultés pratiques très grandes à cause de l'extrême facilité avec laquelle la substance molle et pulpeuse, dont se compose la partie intratubulaire, perd sa transparence et se désagrége. Les difficultés sont telles que, quoiqu'une désorganisation avancée de ces nerfs soit extrêmement facile à reconnaître, il n'en est pas de même pour une désorganisation moins profonde, car les altérations des nerfs causées par la préparation sont souvent plus considérables que celles qui proviennent de leur désorganisation pathologique.

« Pour se garantir de toutes chances d'erreur, il faudra donc choisir une membrane qui, tout en refermant des ramifications nerveuses très déliées, soit suffisamment transparante pour être observée sous le microscope, sans préparation préalable. Quoique plusieurs membranes, telles que la membrane interdigitable de la grenouille, la vessie du même animal ou de la souris, remplissent ces conditions, aucune n'est comparable à la langue elastique et transparente de la grenouille. Cette langue reçoit, comme on sait, deux paires de nerfs : la première, qu'on peut regarder comme correspondant à l'hypoglosse, s'aperçoit sous les fibres transparentes du muscle mylohyoïde, lorsqu'on enlève la peau à la région hyoïdienne ; la seconde, qui répond au glossopharyngien des mammifères, s'aperçoit immédiatement sous la membrane muqueuse de la bouche, lorsqu'en ouvrant les mâchoires on écarte la langue de sa position ordinaire.

« Dans les papilles fongiformes, il y a, comme j'ai démontré, des tuyaux nerveux se terminant par des extrémités libres, et tellement su-

perficiels, qu'on peut les apercevoir très bien sur l'animal vivant, par la distension de la langue. Un moyen d'observer ces nerfs consiste à enlever un petit moreau gros comme la tête d'une épingle et à le soumettre au microscope. En général, par ce procédé, il est facile de distinguer ces nerfs et même de compter les tuyaux ; mais s'ils sont obscurcis par les vaisseaux ou l'épithélium, on peut éliminer très facilement ces derniers en ajoutant une goutte de potasse caustique qui dissout tous les tissus en laissant les nerfs intacts.

« La langue présente toutes les conditions nécessaires pour l'étude des altérations des nerfs après la section ; car ici les tuyaux sont déjà étalés sans aucune manipulation, et adaptés à l'inspection sous le microscope, il s'agit ici seulement, après la section du tronc principal au cou, d'enlever de jour en jour un très petit morceau de la langue pour suivre pas à pas le progrès de la désorganisation.

« Si nous divisons à cet effet un glossopharyngien, laissant l'autre pour terme de comparaison, on voit, au bout de quatre à cinq jours en été, après la section, que les tuyaux nerveux sont déjà altérés, qu'ils présentent dans la substance intratubulaire des lignes transversales indiquant déjà une solution de continuité dans cette substance. A la seconde période, c'est-à-dire après dix jours en été, on trouve que les tuyaux nerveux ne renferment plus que des globules sphériques ou oblongs, d'un aspect plus ou moins troublé, comme par le mélange de deux substances, dont la matière intratubulaire se compose dans l'état normal. A une troisième période, cette matière se trouve convertie en granules noirs, possédant des propriétés chimiques différentes de la substance normale, car ils résistent complétement à l'action des acides et des alcalis. A partir de ce moment, les changements qui se produisent dans les nerfs ne consistent que dans l'élimination de ces granules noirs, ce qui se fait d'une manière extrêmement lente chez la grenouille adulte ; car au bout d'un an et davantage on les aperçoit en grande quantité dans l'intérieur des tuyaux, du reste vides.

« Il est facile de s'assurer, en enlevant des morceaux plus considérables, que les mêmes changements ont lieu dans les branches plus considérables, jusqu'au point de section. Au moyen de ces altérations, on peut déterminer très exactement le trajet et la distribution du nerf entier ; car en soumettant l'organe entier à l'action d'une faible solution alcaline, de manière à dissoudre l'épithélium, on peut très bien suivre les ramifications du nerf altéré. On voit alors que tantôt l'un, tantôt l'autre des nerfs en question empiète sur le domaine de l'autre, et que quelquefois même une branche du glossopharyngien gauche se distribue jusque dans le tubercule droit, et *vice versâ*.

« On peut aussi distinguer les nombreuses anastomoses qui existent

entre ces deux nerfs, surtout sur la ligne médiane, car les fibres normales se trouvent constamment mélangées avec les fibres désorganisées. Aucun doute ne peut s'élever sur l'origine de chaque espèce de fibres.....

« Pendant que ces changements nombreux et caractéristiques prennent naissance dans le bout inférieur, le bout supérieur, au contraire, qui est en connexion avec les parties centrales, conserve sa structure normale. Sur une grenouille, à laquelle on a resequé le nerf glossopharyngien, on trouve au bout de deux mois que la partie inférieure ne présente que des tuyaux pleins de granules noirs, tandis que ceux de la partie supérieure (voisine de l'origine) sont à l'état normal. Au bout de six mois, et même après un an, j'ai observé la même différence, c'est-à-dire que le bout central est à l'état normal, tandis que la partie inférieure, qu'il y ait eu réunion ou non, renferme encore des fibres désorganisées qui la distinguent de suite du bout supérieur.

« *Reproduction des nerfs.* — Depuis les expériences de Fontana, sur la production des tuyaux nerveux dans la cicatrice qui unit les deux bouts d'un nerf divisé, malgré les nombreuses expériences faites depuis par Schevann, Müller, Gunther et Schon, et autres, il ne me paraît pas que la question de la reproduction des nerfs ait fait aucun progrès. Fontana a observé que les deux bouts étaient réunis par des tuyaux nerveux de nouvelle formation, et ses observations sont indubitablement correctes. Il est important de se rappeler que tous les débats qui ont eu lieu par rapport à la reproduction et à la régénération des nerfs, sont seulement sur la régénération des tuyaux dans la cicatrice. Tous les observateurs, influencés probablement par ce qui se passe dans les autres tissus, se sont bornés à les examiner dans ce lieu, laissant de côté l'examen des bouts périphériques. C'est cependant dans cette partie qu'est la difficulté ; c'est là qu'il faut chercher la solution de toutes les questions de reproduction de la substance nerveuse.

« Le résultat de mes expériences m'a fait reconnaître que les *anciennes fibres d'un nerf divisé ne recouvrent jamais leurs fonctions originelles*, et que la reproduction d'un nerf ne se fait pas seulement dans la cicatrice elle-même, mais jusque dans les ramifications terminales.... » (Comm. : MM. Magendie, Serres et Flourens.)

SÉANCE DU 15 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

De la prédisposition héréditaire aux affections cérébrales ; existe-t-il des signes particuliers auxquels on puisse reconnaître cette prédisposition ?

M. A.-D.-J. Moreau (de Tours), médecin de Bicêtre, lit, sous ce titre, un mémoire qu'il résume en ces termes :

La prédisposition héréditaire à certaines maladies, en particulier à l'aliénation mentale, est un fait sur lequel malheureusement la science ne permet d'élever aucun doute.

Existe-t-il des signes à peu près certains auxquels on puisse reconnaître cette redoutable prédisposition ? En d'autres termes : « un père ou une mère (nous pourrions mentionner encore les oncles, les tantes, les aïeux) ayant été atteints d'aliénation mentale, à quels signes reconnaître s'il y a lieu de craindre pour les enfants la même maladie, et lorsqu'il existe plusieurs enfants, lequel d'entre eux est plus particulièrement prédisposé ? »

Telle est la question que M. le docteur Moreau s'est efforcé de résoudre dans ce travail.

Avant de faire connaître les résultats auxquels l'ont conduit ses recherches, l'auteur appelle l'attention sur certains faits zoologiques qu'il a pris pour point de départ, et qui en même temps donnent l'explication de ces mêmes résultats.

Ces faits peuvent se résumer ainsi qu'il suit :

« Des lois constantes, invariables, régissent le mode suivant lequel l'organisation des parents affecte celle des enfants, ce qui donne en résultat la ressemblance.

« La ressemblance ne se communique pas des parents aux enfants par la transmission de quelques traits isolés, mais bien par la transmission de deux grandes sériés d'organes, series parfaitement distinctes, divisées, définies.

« L'une de ces séries comprend la forme ou configuration extérieure ; l'autre tient sous sa dépendance les fonctions nerveuses.

« La transmission a lieu suivant des lois fixes : quand l'un des parents donne une série, l'autre parent donne la série opposée. »

En transportant la question des animaux à l'homme, en faisant application, dans l'ordre pathologique, des lois ci-dessus énoncées, M. Moreau a constaté que, dans la majorité des cas, lorsque des modifications pathologiques de la partie du système nerveux spécialement chargée des fonctions intellectuelles ont révélé chez les individus une ressemblance héréditaire avec l'un des parents, les caractères distinctifs de la série d'organes qui donne la physionomie ou ressemblance proprement dite, apparaissaient manifestement transmis par l'autre parent. 164 cas sur 192 déposent en faveur de cette assertion.

Il reste donc démontré :

1° Que la loi de transmission héréditaire, par série d'organes, est vraie dans de certaines limites, pour l'homme comme pour les animaux ;

2° Que la transmission, par voie d'hérédité, des désordres cérébraux

et de la ressemblance s'effectue indifféremment par l'un ou par l'autre des parents, mais toujours, ou du moins le plus souvent, isolément;

3° En dernière analyse enfin, et comme solution de la question posée en tête de cette note, que :

Une famille étant donnée, dont les ascendants comptent un ou plusieurs individus atteints de folie, le mal héréditaire, selon toute probabilité, atteindra de préférence ceux des enfants qui n'ont que peu ou point de rapports de physionomie avec les parents chez lesquels le mal a pris sa source, et qu'il épargnera, au contraire, ceux qui ont avec ces derniers une ressemblance plus ou moins frappante.

Transfusion du sang ; ses indications.

MM. Devay et Desgranges adressent la relation détaillée d'un cas de transfusion du sang, pratiquée récemment à l'Hôtel-Dieu de Lyon, et suivie de guérison.

Les auteurs ont cru devoir, à ce sujet, rechercher les indications de cette opération exceptionnelle, et traiter complétement la question de la transfusion. Ils résument leur travail en établissant :

1° Que la transfusion du sang, comme agent héroïque, doit avoir une place dans la médecine pratique ;

2° Qu'elle doit être réservée aux cas extrêmes, dans l'unique but de soutenir la vie ;

3° Que la quantité de sang transfusé doit toujours être faible ;

4° Que le sang pur doit seul être employé ;

5° Que le manuel opératoire ne réclame point d'instruments particuliers ;

6° Que dans ces conditions elle est physiologique.

Sur la présence prétendue du sucre dans les urines des sujets atteints de névroses.

M. Michéa adresse une note sur la présence prétendue du sucre dans les urines des hystériques et des épileptiques, à l'occasion des communications récentes de M. Reynoso snr ce sujet. Ayant lu, dans un travail sur la glucosurie publié en Allemagne par Heller, que les urines étaient sucrées dans les névroses, M. Michéa a voulu vérifier si cette assertion était fondée. Il a analysé, dans 4 cas d'hystérie et 2 cas d'épilepsie, l'urine rendue quelques heures après la fin des attaques. Il l'a analysée également, pendant toute la durée de la maladie, dans 7 cas de delirium tremens. Il l'a examinée chaque jour, pendant plusieurs semaines, dans 6 cas de paralysie générale au troisième degré, dans 5 cas de manie soit aiguë, soit chronique, et dans 3 de délire partiel et circonscrit. Or chez ces 27 sujets, il n'a pas trouvé le moindre vestige de sucre dans l'urine.

SÉANCE DU 22 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

Causes du passage de l'albumine dans les urines.

M. Ed. Robin adresse une note sur les causes du passage de l'albumine dans les urines.

A l'état ordinaire, dit M. Robin, les matières albumineuses sont brûlées dans le sang et les résidus azotés de la combustion, l'urée et l'acide urique, sont éliminés par les urines. La combustion n'est pas telle, cependant, qu'il ne sorte aussi par cette voie un peu de matière albumineuse ; mais cette matière, outre qu'elle est en quantité extrêmement faible, diffère jusqu'à un certain point, comme on sait, de l'albumine ordinaire.

J'ai pensé que si, pendant un temps suffisamment prolongé, l'albumine venait subir dans la circulation une quantité de combustion très notablement moindre qu'à l'état normal, elle pourrait passer en nature dans les urines au lieu de n'être éliminée qu'à l'état d'urée et d'acide urique ; de nombreux faits sont venus en confirmation de cette manière de voir.

Les urines deviennent albumineuses :

1° Dans le croup :

Dans les hydropisies ascites très développées ;

Dans les cas de bronchite capillaire et d'emphysème pulmonaire donnant lieu à une forte dyspnée ;

Dans la phthisie pulmonaire, surtout compliquée de pneumonie entraînant un embarras considérable dans la respiration ;

Dans l'état de gestation de la femme suffisamment avancé pour que la circulation abdominale gênée détermine une congestion habituelle des reins, c'est-à-dire dans les maladies, dans les états particuliers où une diminution très notable de combustion est entraînée par une respiration très incomplète.

2° Dans la cyanose, quelle qu'en soit soit la nature, et dans les affections du cœur arrivées à un degré tel que les malades soient maintenus dans un état permanent de demi-asphyxie ; par conséquent dans les cas où un obstacle à la circulation du sang, un vice de conformation du cœur empêchant l'hématose d'être aussi complète et aussi rapide que dans les circonstances ordinaires ;

3° Dans les lésions spontanées ou traumatiques des centres nerveux déterminant un abaissement de température et par là une diminution notable de combustion ;

4° Dans le diabète, maladie où assez souvent au moins une lésion analogue paraît être primitive ; où d'ailleurs la grande abondance du sucre

dans le sang semble devoir entraver la combustion des matières albumineuses ; où enfin , d'après l'observation de M. Bouchardat, la température s'abaisse de 1 à 2 degrés chez les sujets fortement atteints ;

5° Dans l'espèce d'épuisement du fluide nerveux qui caractérise l'état désigné sous les noms de courbature, et qui ne peut manquer d'amener une diminution considérable dans la calorification, et, partant, dans la combustion lente.

Par une cause analogue, l'urine est albumineuse à la suite des refroidissements très considérables de la surface du corps , occasionnés par le froid extérieur. Enfin , la maladie de Bright, où les urines sont toujours albumineuses et anémiques, est attribuée précisément à plusieurs des causes qui viennent d'être indiquées comme capables de déterminer le passage de l'albumine dans les urines.

La physiologie comparée fournit aussi quelques données utiles.

En général, les urines des mammifères ordinaires et celles des oiseaux ne contiennent pas d'albumine. Parmi les reptiles, au contraire, les batraciens, du moins les grenouilles., si remarquables par la faible élévation de leur chaleur propre, rendent une urine où toujours se trouve de l'albumine.

Il reste à constater que les urines deviennent albumineuses sous l'influence des agents qui protégent à un degré considérable contre la combustion lente.

L'auteur, faute de documents suffisants, se borne à cet égard à déduire la conséquence suivante :

Quand l'activité de la combustion dans le sang, trop faible pour brûler toute l'albumine qui à l'état normal doit disparaître dans un temps donné, laisse diminuer la vitalité générale et permet à une portion plus ou moins grande de matière albumineuse de passer en nature dans les urines, c'est autant de matière organique qui échappe à la transformation en urée ou en acide urique ; la proportion d'urée des urines albumineuses doit par conséquent se trouver moindre qu'à l'état normal ; c'est en effet ce qui a lieu, dans les maladies suivantes, les seules, à ma connaissance, où des expériences aient été faites, savoir :

La phthisie pulmonaire ;

Les maladies de la moelle épinière et de l'encéphale (Brodie et Henckel) ;

La bronchite aiguë générale avec dyspnée très intense ;

La maladie de Bright (Bostoc, Christison).

C'est aussi ce qu'on observe à l'état normal chez les batraciens : leur urine contient à peine des traces d'urée. (Comm. : MM. Dumas Ballard et Andral.)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE DE PARIS.

SÉANCE DU 2 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Emploi des corps gras et résineux en médecine.

M. Renault, pharmacien, adresse une note sur l'emploi des corps gras et résineux en médecine.

Guidé par les travaux de M. Bernard sur le rôle physiologique du suc pancréatique et son influence sur l'absorption des corps gras et par le rapport de M. Dumas, d'où il résulte: 1° que l'action du suc pancréatique est indispensable pour produire l'absorption des huiles, qui, sans cela, passent par les déjections ; 2° que ce suc, toujours en petite quantité à l'état normal, s'altère et disparaît chez les malades, l'auteur conclut : 1° qu'on ne doit administrer en nature que les huiles qui doivent produire un effet laxatif ; 2° qu'il est essentiel de faire subir, au contraire, une action analogue à celle du suc pancréatique aux huiles médicinales qui doivent agir par absorption et porter leurs éléments dans le sang même. Il résulte encore, d'après l'analogie physiologique et d'après des faits précis, que le caséum, celui du lait d'ânesse surtout, peut, quand il est préparé convenablement, solidifier les huiles, les rendre complétement absorbables, permettre une dose trois fois moins considérable avec plus d'effet utile et faciliter leur ingestion ; le même fait s'applique aux résines et gommes-résines dont l'absorption peut être jugée nécessaire par le médecin. (Commissaires : MM. Louis, Caventou et Bouchardat.)

Des épaules du fœtus considérées comme cause de dystocie dans la présentation de l'extrémité céphalique.

M. Jacquemier lit un travail sur ce sujet.

Les épaules et la partie supérieure du tronc du fœtus, par le fait d'un développement considérable, mais normal, peuvent-elles dans quelques cas, contrairement à l'opinion universellement reçue, devenir dans la présentation de l'extrémité céphalique un obstacle sérieux à la terminaison de l'accouchement?

En d'autres termes :

1° Faut-il ranger le volume des épaules retenues à l'entrée du bassin parmi les causes qui peuvent arrêter la tête dans le trajet qu'elle a à parcourir du détroit inférieur à la vulve?

2° Après la sortie spontanée ou artificielle de la tête au dehors, les

épaules peuvent-elles mettre à la sortie du tronc un obstacle tel qu'il soit impossible à l'utérus seul ou secondé par les moyens en notre pouvoir de le débarrasser au moins aussi promptement que l'exige la situation précaire de l'enfant ?

Telles sont les questions que l'auteur s'est proposé d'examiner dans ce mémoire.

Les faits énoncés dans ce travail tendent à démontrer :

1° Que, dans la présentation de l'extrémité céphalique, les épaules du fœtus peuvent dans des cas exceptionnels, moins rares qu'on ne le suppose, devenir une cause très-sérieuse de dystocie ;

2° Ces cas exceptionnels se rapportent, en général, à des fœtus très développés et surtout à la prédominance du volume du tronc sur la tête ;

3° Les deux variétés de dystocie par le volume des épaules admises autrefois sont réelles et doivent être conservées ;

4° Lorsque la tête est retenue dans le fond de l'excavation pelvienne par les épaules arrêtées au détroit supérieur, le forceps, bien qu'en réalité irrationnel, est peut-être la seule ressource pratique qui reste ;

5° Lorsque la tête est dehors, les tractions sous les aisselles, même énergiques, ne font pas courir de dangers sérieux à l'enfant, mais elles sont assez souvent insuffisantes ou inapplicables ;

6° Le dégagement successif des deux bras est de nature à faire concevoir des espérances qu'une expérience ultérieure peut seule justifier. (Commissaires : MM. Danyau et P. Dubois.)

Nouveau cas d'hermaphrodisme superposé.

M. Follin présente des pièces relatives à un cas remarquable d'hermaphrodisme et dépose sur le bureau un long mémoire descriptif suivi de considérations sur la détermination du sexe. L'hermaphrodite dont il s'agit (désigné sous le nom d'Angélique Courtois) était âgée d'une cinquantaine d'années environ. Sa mort seule a permis d'apprendre sa curieuse conformation. L'aspect extérieur du cadavre traduisait tout d'abord des formes masculines. Un examen rapide de la région génitale externe portait également l'esprit vers l'existence du sexe masculin. Une sorte de verge, appendice d'un assez fort volume, mais dont le gland est imperforé, l'absence de fente vulvaire et plusieurs autres particularités ont pu laisser croire qu'il n'existait là que les attributs légèrement déformés de ce sexe. Mais à la dissection on reconnut d'abord que les saillies situées de chaque côté de l'axe médian, grandes lèvres ou scrotum, ne contenaient que du tissu cellulo-graisseux au fond duquel on retrouvait les deux racines des corps caverneux. Derrière la symphyse pu-

bienne, on rencontrait une vessie d'une assez grande capacité, se terminant par un col assez large, auquel fait suite un urètre qui s'ouvre au dehors au-dessous du pénis (hypospadias). En arrière de la vessie existait un véritable utérus et un vagin venant s'ouvrir dans la paroi inférieure du canal de l'urètre près de l'orifice de ce dernier. En arrière de l'utérus, était le rectum normalement conformé, dont l'anus s'ouvrait à 6 centim. de l'ouverture urétrale. Il n'existait aucune trace de prostate, ni de vésicules séminales, ni de glandes de Cowper. De chaque côté de l'utérus existaient ses appendices ordinaires, mais inégalement conformés à droite et à gauche. Ainsi à droite on trouvait un véritable ligament large avec ses trois ailerons ; l'ovaire seul faisait défaut. A gauche il n'existait point de ligament large, mais un long cordon constituant la trompe et le ligament rond, et qui prenant naissance à l'angle supérieur gauche de l'utérus allait, en traversant le canal inguinal, aboutir au-dessus de son orifice externe, dans une poche à parois épaisses dans laquelle on trouvait un corps ovoïde qu'on a reconnu pour un véritable testicule.

En résumé, en divisant l'appareil génital en trois segments, le segment externe, de nature douteuse, se rapprochait davantage du type masculin ; le segment moyen était essentiellement féminin, et le segment profond était certainement masculin.

M. Follin, après avoir rappelé la classification de l'hermaphrodisme établie par M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire, et analysé le cas dont nous venons de rappeler les principaux caractères, conclut que ce sujet doit être classé dans l'hermaphrodisme superposé, dont il constitue une espèce à part, qui représente une certaine phase du développement embryonnaire.

La communication de M. Follin est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Velpeau et Cazeaux.

SÉANCE DU 9 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Avortement provoqué dans un cas d'étroitesse extrême du bassin.

M. Lenoir, candidat à la section d'accouchement, lit *une observation d'avortement provoqué pour la troisième fois, avec succès, sur une femme dont le diamètre antéro-postérieur droit du détroit supérieur n'avait pas plus de* 50 *millimètres* (2 *pouces environ*). Il s'agit d'une femme de 35 ans , d'une très petite stature (un mètre deux centimètres), dont la taille est fortement déviée à droite et en arrière et les membres inférieurs déformés. Cette femme est enceinte et vient réclamer les secours de l'art pour être délivrée. Déjà en 1846 , étant enceinte

pour la première fois, elle était entrée à la clinique où l'on crut devoir, à l'époque de huit mois et demi de gestation, provoquer l'avortement en introduisant une éponge préparée dans le col de la matrice, et en secondant les contractions utérines par l'emploi du seigle ergoté. A une seconde grossesse, qui eut lieu un an plus tard, elle entra de nouveau à la clinique, où on lui pratiqua la même opération, mais par un procédé différent. Ce nouvel avortement, provoqué aussi à quatre mois de gestation, fut également suivi de succès.

Au moment où cette femme se présenta à M. Lenoir, elle était dans l'état suivant :

La grossesse était manifeste. Au toucher, on trouvait le col très élevé, mais légèrement entr'ouvert et un peu mou. Le fond de l'organe s'élevait et se sentait au niveau de l'ombilic, l'utérus n'ayant pu se développer qu'en se plaçant au-dessus du détroit supérieur, et la ligne blanche étant très courte. Le bassin offrait les principaux caractères qui distinguent les bassins viciés par le rachitisme : rétrécissement du détroit supérieur par rapprochement des parois antérieures et postérieures, élargissement relatif du détroit inférieur, écartement des ischions, etc. Il résultait des dispositions vicieuses du bassin que l'aire du détroit supérieur et de la moitié supérieure de la filière du bassin doit être surtout rétrécie dans la direction du diamètre droit de ces deux parties. La mensuration donnait, pour le diamètre sacro-pubien du détroit supérieur, approximativement et avec déduction, 50 millimètres ; pour le diamètre coccy-pubien du détroit inférieur, 83 millimètres, et pour le diamètre droit de l'excavation, mesuré du point le plus saillant de la convexité du sacrum au-dessous de la symphyse des pubis, 60 millimètres. Ces mesures étaient plus que suffisantes pour montrer qu'un accouchement, même prématuré, ne pouvait jamais se faire par les voies naturelles et qu'une opération devenait indispensable. On n'avait à choisir qu'entre l'opération césarienne, qu'on pouvait reculer jusqu'au terme de la grossesse, et l'avortement provoqué, qu'il fallait exécuter le plus tôt possible.

Entre ces deux opérations, M. Lenoir n'hésita pas et se détermina à conseiller celle qui avait si bien réussi déjà deux fois, mais non sans avoir pris l'avis de quelques-uns de ses confrères.

L'opération décidée, la femme fut placée sur un lit élevé, les cuisses écartées et relevées sur l'abdomen. L'opérateur introduisit le doigt indicateur gauche jusqu'au col utérin, et sur ce doigt il dirigea l'extrémité d'une pince à trois branches, légèrement courbe. Les branches de l'instrument ayant été écartées doucement, et le col utérin pouvant recevoir l'extrémité du doigt dans sa cavité, il confia l'instrument ouvert à un aide et introduisit, à la place de son doigt, au morceau d'éonge préparée

taillé en cône, et solidement fixé sur une canule de gomme élastique. Celle-ci fut fixée par son extrémité inférieure sur les chefs d'un bandage en T, et l'opérée fut portée dans son lit.

Le lendemain une nouvelle éponge, plus volumineuse que la première, fut placée avec facilité dans la cavité du col dilaté. Le surlendemain le travail commença et fut terminé dans la soirée par l'expulsion d'un enfant long d'environ 180 millimètres, et la délivrance s'effectua d'elle-même une heure après. Les suites de cette opération furent encore plus simples que celles des deux opérations précédentes.

M. Lenoir, dans quelques réflexions qui suivent la relation de ce fait, appelle un jugement de l'Académie sur l'opportunité de recourir dans des cas semblables à la pratique de l'avortement. Il exprime le désir que l'Académie, par une approbation ou une improbation, fixe définitivement un point de pratique qui embarrasse toujours au plus haut degré le praticien, tant est grand encore le préjugé contre l'avortement. (Comm. : MM. Villeneuve, Gerdy et Cazeaux.)

Du développement spontané de gaz dans le sang considéré comme cause de mort subite.

M. Durand Fardel lit, sous ce titre, un mémoire dont le document principal consiste dans l'observation suivante que nous reproduisons textuellement.

Une dame R... (de Versailles), âgée de 56 ans, d'une taille assez élevée, d'un embonpoint considérable, était venue à Vichy, accompagnant son mari, affecté de gravelle.

Il résulte de renseignements obtenus sur ses antécédents que cette dame paraissait jouir d'une très bonne santé, n'avait jamais fait de maladie, au moins depuis un certain nombre d'années. Ayant cessé d'être réglée depuis sept ou huit ans, elle n'était sujette ni aux hémorrhoïdes ni aux épistaxis, et ne se plaignait pas de céphalalgie ni aucune indisposition. Ses digestions paraissaient se faire régulièrement. Elle n'avait jamais éprouvé ni étourdissements ni perte de connaissance. Elle avait un bon appétit, et menait une vie régulière ; elle appartenait à la classe moyenne de la société.

Elle n'accusait point de douleurs d'apparence rhumatismale ou goutteuse, et se plaignait seulement quelquefois, non pas de palpitations, mais d'un peu de peine à respirer. Habituellement son haleine était un peu courte, ainsi que cela arrive souvent aux personnes d'un grand embonpoint, et ce qui n'avait jamais été chez elle attribué à aucune autre cause.

Cette dame, se trouvant à Vichy, voulut, comme beaucoup de per-

sonnes, prendre des bains, et obtint une autorisation du médecin qui soignait son mari. Elle avait également bu quelques verres d'eau minérale, mais en petite quantité.

Le 20 juillet 1850, elle se rendit à l'établissement thermal pour y prendre son second bain, à quatre heures du matin. Elle était bien portante la veille, avait dîné comme tous les jours, et avait bien dormi. Seulement, en se rendant à l'établissement, elle avait la respiration plus courte qu'à l'ordinaire; son mari qui l'accompagnait, dut ralentir son pas; elle fut obligée de rester assise un moment avant d'entrer dans le bain, et la baigneuse la vit assez oppressée pour lui conseiller de ne pas prendre son bain ce jour là.

Au bout d'une demi-heure elle demanda à sortir du bain; sa femme de chambre, qui ne l'avait pas quittée, n'avait encore rien remarqué de particulier en elle. Mais elle se trouvait alors mal à son aise, et lorsqu'elle se leva de sa baignoire pour changer de linge, elle parut agitée, se plaignit d'oppression, puis elle en sortit, se laissa tomber sur une chaise, sans qu'on eût eu le temps de la couvrir d'un peignoir sec. La respiration était devenue haletante, sans qu'elle fît de violents efforts pour respirer; elle avait perdu la faculté de s'exprimer. Cependant on avait couru me chercher dès les premiers indices de l'accident. Cinq minutes ne s'étaient pas écoulées lorsque j'arrivai auprès d'elle; elle était morte!

Je la trouvai assise sur une chaise, soutenue par les personnes qui l'entouraient, couverte encore de son peignoir mouillé. La face était complétement décolorée, la tête retombait sur la poitrine et était vacillante, les lèvres légèrement violettes, les traits ni déviés ni défigurés; point d'écume aux lèvres. Les membres étaient flasques et tout à fait insensibles; il y avait absence complète du pouls et des bruits du cœur à l'auscultation; les pupilles étaient dilatées et immobiles, les conjonctives insensibles au toucher.

Bien que la constatation rapide de cet état ne me laissait aucun doute sur la réalité de la mort, j'ouvris largement la veine basilique médiale au bras droit. Il s'écoula aussitôt, en bavant, un peu de sang non pas noir, mais violacé et spumeux, c'est-à-dire accompagné de bulles de gaz d'inégal volume, qui sortaient en même temps de la veine. Je restai là plus d'un quart d'heure, me livrant à des tentatives inutiles, titillant la luette, portant de l'ammoniaque sur la pituitaire, etc. Pendant ce temps, je ne quittai pas le bras droit, examinant la sortie du sang spumeux, qui continuait à s'opérer de temps en temps sous l'influence de pressions exercées de bas en haut sur l'avant-bras. Une fois, un jet s'élança avec force et persista pendant cinq ou six secondes, comme s'il eût été chassé par une bulle de gaz qui se serait dilatée dans l'intérieur du vaisseau. Une petite quantité d'écume blanche se montrait alors aux lèvres.

L'autopsie fut pratiquée douze heures après la mort, le 31 juillet, à trois heures du matin.

Le cadavre ne présentait aucune apparence de putréfaction. Quelques vergetures seulement sur les parties déclives du tronc et des membres.

Le cœur était très volumineux. Les cavités droites, très distendues par du sang entièrement liquide, violacé plutôt que noirâtre, comme sirupeux, très spumeux. Les bulles de gaz qu'il renfermait étaient les unes très nombreuses, grosses comme une tête d'épingle : d'autres, plus rares, comme un pois. Lorsqu'on pressait sur le trajet des deux veines caves, le sang qui affluait dans l'oreille droite était spumeux comme de l'eau de savon. Les parois des cavités droites du cœur offraient une coloration violacée superficielle. Les cavités gauches étaient absolument vides de sang et non colorées ; le ventricule gauche était considérablement hypertrophié ; les orifices du cœur ne présentaient aucune altération appréciable, non plus que l'aorte.

Tout le système veineux abdominal était gorgé de sang violacé et spumeux ; du moins des bulles nombreuses de gaz existaient dans le sang de la veine splénique et de la veine porte.

Les poumons remplissaient la poitrine, présentant un petit nombre d'adhérences, sans aucune trace d'emphysème. Leur coloration était un peu rougeâtre au dehors, plus foncée intérieurement, où ils offraient les traces d'une congestion sanguine assez considérable, sans infiltration de sang. Il y avait un engorgement spumeux médiocrement abondant aux parties déclives. Les bronches contenaient un peu de mucus blanchâtre et spumeux.

Les organes de l'abdomen n'offrirent rien de particulier à noter, qu'une congestion sanguine assez considérable du foie, de la rate, des reins, et une injection prononcée des veines de l'épiploon et du mésentère. L'épiploon était fortement graisseux. L'estomac, assez volumineux, contenait un demi-verre environ de mucus clair et incolore. Les intestins ne furent pas ouverts. La vésicule contenait une quantité moyenne de bile noirâtre et sirupeuse.

L'encéphale n'offrait pas le même degré de congestion sanguine que les autres organes. Les veines de la dure-mère ne renfermaient qu'un peu de sang liquide, spumeux. Le cerveau et l'origine de la moelle épinière, examinés aussi avant que possible, paraissaient tout à fait à l'état normal, un peu injectés de sang. On n'apercevait pas une bulle de gaz dans les vaisseaux.

M. Durand Fardel, après la relation de ce fait, en reprend par une analyse rapide les points les plus importants, et de la discussion à laquelle il se livre, il arrive à cette conclusion que ce fait, ainsi que les

faits analogues connus dans la science, notamment celui qu'a publié dans le temps Ollivier (d'Angers), échappent à toutes les explications à l'aide desquelles on a cherché à se rendre compte de la production spontanée des gaz dans le torrent circulatoire pendant la vie.

La présence du gaz dans le sang constatée à l'instant même de la mort, dit l'auteur en terminant, l'absence d'efforts extraordinaires d'inspiration, l'absence d'emphysème, tout nous oblige à admettre une exhalation spontanée de gaz pendant la vie dans le sang veineux du cerveau, due, selon toute probabilité, à une altération spontanée de ce fluide, dont nous ne connaissons ni la nature ni la cause.

M. J. Cloquet : Il y a, dans la relation de M, Durand Fardel, une circonstance qui m'a frappé, c'est que la dame dont il s'agit n'était point allée aux eaux pour son compte, elle avait pris un bain en amateur. Je ne sais jusqu'à quel point ce bain a pu avoir quelque influence sur la mort de cette personne ; mais ce qui est certain pour moi, c'est qu'il n'est pas indifférent de prendre des bains minéraux, et qu'il y a souvent de très graves inconvénients à le faire quand ce n'est pas utile.

M. Cloquet rapporte à cette occasion l'histoire d'un homme qui, ayant accompagné sa femme aux eaux de Vichy, voulut aussi prendre un bain. Il fut pris dans le bain de douleurs très vives accompagnées de gonflement du testicule, qui en nécessitèrent plus tard l'ablation. Quant à la présence de l'air dans les veines, M. Cloquet rappelle ce fait bien connu de tous les chirurgiens et des vétérinaires, que l'insufflation de l'air dans les veines des animaux les tue instantanément.

M. Renault : M. Cloquet vient de rappeler que l'insufflation de l'air dans les veines des animaux les tue. C'est en effet une opinion très généralement admise ; mais on est loin d'être fixé sur la quantité d'air nécessaire pour produire la mort. J'ai voulu étudier cette question : dans dans diverses expériences, j'ai pu injecter jusqu'à un litre d'air dans la veine jugulaire d'un cheval, sans qu'il en soit résulté aucun accident. Non-seulement l'animal n'est pas mort, mais il n'a même pas paru en souffrir.

M. Bérard : Il est bien connu qu'on peut effectivement injecter chez les animaux une certaine quantité d'air dans les veines sans les faire périr ; mais il faut bien savoir dans quelles conditions et de quelle manière cette injection est faite.

M. Blundell, en faisant ses expériences sur la tansfusion du sang, a étudié aussi les effets de l'injection de l'air dans les veines ; il a constaté que lorsqu'on injectait de l'air doucement, graduellement et dans une veine éloignée du tronc, l'animal éprouvait bien un certain malaise ; mais il n'en mourait pas, et il revenait même assez promptement à la santé. Mais lorsque l'air était injecté brusquement et dans le voisinage

de la poitrine, il en résultait aussitôt des accidents graves, le plus souvent mortels. Si l'on veut parcourir les quatre volumes de Haller sur la sensibilité et l'irritabilité, on verra que lorsqu'il voulait se défaire des animaux qui avaient servi à des expériences, il leur insufflait de l'air dans les veines. Lorsque je cite ces faits dans mes cours, j'ai le soin, toutefois, d'expliquer aux élèves la contradiction apparente qu'il implique avec cet autre fait, qu'on ranime et rappelle à la vie des animaux mourants en leur insufflant quelques bulles d'air dans les veines. Ici, l'air agit comme un excitant sur le cœur.

Quant à l'influence mortelle de la pénétration de l'air dans les veines, c'est là un fait qui est rendu incontestable par les observations des chirurgiens.

M. Velpeau : Ce n'est pas sans étonnement que j'ai entendu l'assertion de M. Renault, tant le fait qu'il vient de citer est contraire à ce que nous avons observé chez l'homme. Il n'est pas même nécessaire d'insuffler le l'air dans une veine pour produire la mort, il suffit le plus souvent pour cela qu'une veine divisée reste béante, l'air s'y précipitant de lui-même. J'ai constaté ce fait dans les expériences qui furent faites dans le temps par une commission de l'Académie. Ce fait, d'ailleurs, n'est pas contestable ; il était déjà rendu évident par les expériences de Nysten, de Magendie et celles de Haller, que vient de rappeler M. Bérard. Dans les cas où les animaux ne sont pas morts, c'est que l'absorption de l'air n'avait pas eu lieu dans la sphère d'attraction de la poitrine.

Depuis la discussion qui a eu lieu sur ce sujet au sein de l'Académie, j'ai eu trois fois l'occasion d'être très effrayé par la pénétration de l'air dans les veines. Une fois, en 1848, en pratiquant la ligature de l'artère sous-clavière chez un blessé de juin ; le bruit de glouglou caractéristique se fit entendre au moment de la section de la veine sous-clavière, le malade fut aussitôt pris de syncope ; je me hâtai de comprimer la veine, le malade ne mourut pas. Chez une femme à laquelle je pratiquais l'ablation d'une tumeur du cou, au moment où, après avoir été éthérisée, elle reprenait ses sens, le même glouglou se fit entendre, et la malade referma les yeux. Je portai immédiatement le doigt sur la plaie, cette femme revint à elle presque aussitôt. C'est là un de ces cas que l'on aurait pu prendre peut-être pour un accident produit par le chloroforme. C'est donc un fait très positif, que l'air introduit dans les veines tue les hommes comme les animaux. J'ajoute qu'un moyen de prévenir la mort, dans ce cas, c'est de comprimer immédiatement la veine béante.

J'ai cru nécessaire de rappeler ces faits à propos de l'assertion de M. Renault, par la crainte que si cette assertion était restée sans réponse, elle n'eût inspiré peut-être une trop grande sécurité aux chirurgiens.

M. Bouley : Ce qu'a avancé M. Cloquet est exact. L'insufflation d'air dans les veines est un moyen qu'emploient les équarisseurs pour faire périr promptement les animaux ; mais ce moyen ne réussit pas toujours. Notre très regrettable collègue, M. Barthélemy, a fait des expériences contradictoirement à celles de la commission dont on a parlé tout à l'heure. Il a injecté plusieurs litres d'air dans les veines jugulaires sans que la mort en ait été le résultat. Mais ce n'en est pas moins un fait très avéré, que l'introduction spontanée de l'air dans les veines est une cause de mort. Je partage à cet égard l'opinion de M. Velpeau ; seulement je crois qu'il a mal interprété la proposition de M. Renault qui, du reste, la rectifiera lui-même.

M. Gerdy : Il est un fait qui est sorti triomphant de la discussion qu'on rappelait tout à l'heure, c'est que la pénétration de l'air dans les veines n'est pas aussi dangereuse qu'on le croyait. Rien ne prouve, dans tous les cas invoqués par des chirurgiens, qu'il y ait eu toujours absorption de l'air. Dans les expériences faites par la commission, il est resté démontré qu'il a fallu souvent une peine infinie pour faire périr quelques animaux. La plupart ont survécu à l'expérience. On voit encore, par les faits que vient de rapporter M. Renault, combien les résultats de l'injection de l'air dans les veines sont variables.

M. Renault : J'aurais été à l'encontre de mon but si l'on pouvait conclure du fait que j'ai énoncé que la pénétration de l'air dans les veines fût sans inconvénient. Je n'ai voulu, en citant ce fait, qu'établir qu'on peut introduire de l'air dans les veines sans produire la mort ; voilà tout. Dans les expériences de la commission, on n'avait pas déterminé la quantité d'air nécessaire pour produire la mort. C'est ce que je me suis proposé de faire ; et c'est en faisant ces expériences que j'ai reconnu que les animaux mouraient quelquefois, mais pas toujours, à la suite de cette injection d'air.

Je citerai, à cette occasion, un fait que je viens d'observer tout récemment. J'ai pratiqué, il y a deux jours, la transfusion du sang d'un chien enragé à un chien sain. En pratiquant cette transfusion, une certaine quantité d'air a pénétré dans la veine de cet animal. J'ai pu constater ce fait remarquable, c'est que cet animal, auquel on a injecté un décilitre de sang d'un chien enragé, plus une certaine quantité d'air, n'a rien éprouvé de particulier jusqu'ici.

M. Roux croit que M. Gerdy fait trop bon marché des faits observés par les chirurgiens. Il pense que sans qu'il soit besoin d'invoquer les expériences sur les animaux, les faits observés sur l'homme sont suffisants pour établir l'influence mortelle de la pénétration de l'air dans les veines.

M. Velpeau : Je ferai remarquer, au sujet de ce que vient de dire

M. Renault, qu'il n'est pas possible, chez les animaux, de doser la quantité d'air introduite. Il faut bien faire attention, d'ailleurs, que dans des accidents de cette nature, ce n'est pas de l'air que l'on insuffle, mais de l'air qui pénètre pendant un mouvement d'inspiration. Il y a là une différence dont il faut tenir bien compte entre une expérience et l'accident qui se produit sur l'homme pendant une opération. Chez l'homme, je le répète, l'air pénètre pendant un mouvement d'inspiration; dans une expérience, au contraire, l'animal inspire et expire alternativement pendant l'opération, de sorte qu'on ne sait jamais au juste si l'air que l'on injecte pénètre ou non.

Je ne saurais donc trop insister et sur la gravité de cet accident et sur la nécessité de recourir immédiatement à la compression dès qu'il se produit. Il faut que tous les chirurgiens sachent bien ce qu'ils ont à redouter de la pénétration de l'air dans les veines pendant les opérations, et il faut qu'ils sachent aussi qu'il existe un moyen sûr d'en prévenir les fâcheux effets.

M. Bouley : Je ferai remarquer, à l'appui de ce que vient de dire M. Velpeau, qu'il y a une très grande différence entre les expériences faites sur des animaux bien portants et le résultat des opérations ou des expériences qui sont faites sur des animaux malades.

Les premiers chevaux chez lesquels j'ai vu se produire des accidents plus ou moins graves à la suite de l'introduction de l'air dans les veines, étaient atteints de pneumonie. C'est en pratiquant la saignée de la jugulaire que l'accident est arrivé, accident foudroyant dans quelques cas. Chez l'un d'eux la pneumonie n'était que commençante, la mort n'a pas eu lieu, mais elle a été imminente; chez deux autres la pneumonie étant très avancée, la mort survint presque instantanément. J'ai vu succomber de la même manière un cheval atteint d'apoplexie intestinale. Il est bon d'ajouter que toutes les fois que ces accidents se sont produits, cela a tenu à ce qu'on n'avait pas eu la précaution de comprimer préalablement la jugulaire; j'ai toujours le soin de faire cette compression lorsque je pratique la saignée, aussi n'ai-je jamais vu survenir de semblables accidents.

M. Bouvier fait remarquer que la discussion jusque-là est sans liaison directe avec le fait qui en a été l'occasion; il désirerait l'y ramener. Il ne pense pas, pour son compte, qu'on puisse tirer du fait rapporté par M. Durand Fardel la même conclusion ; il y a pour lui tout au moins sujet de doute sur la question de savoir si la mort n'aurait pas été, dans ce cas, le résultat de l'affection du cœur dont la malade paraissait atteinte. Ce qui le porterait à admettre plutôt cette manière de voir, c'est que dans l'observation de M. Durand Fardel, il n'est question que de quelques bulles d'air dans les cavités du cœur, tandis que dans les expériences

d'introduction d'air dans les veines, on en a toujours constaté une grande quantité.

M. Durand Fardel se croit fondé à considérer la présence de l'air dans les cavités droites du cœur et dans le système veineux comme une cause suffisante de mort, sans en rechercher une autre. La maladie du cœur n'était pas assez grave pour causer la mort.

M. Gerdy : Les syncopes entraînent quelquefois la mort. Or, contrairement à l'opinion de Bichat, qui n'admettait qu'une cause unique de syncope, la cessation de l'action du cœur, beaucoup de causes peuvent la produire. Ne serait-ce pas à l'une de ces causes nombreuses de syncope qu'a succombé la malade de M. Durand-Fardel?

M. Durand-Fardel : Les accidents éprouvés par cette malade ne ressemblaient pas à la syncope. Toutefois, je conviens que c'est là une distinction difficile à faire.

La discussion est close.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 16 DÉCEMBRE 1851. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Le programme de la séance se compose : 1° du rapport général sur les prix décernés en 1851, par M. Gibert ; 2° de la lecture du programme des prix, par M. le président ; et 3° de la lecture de l'éloge de Hallé, par M. Dubois (d'Amiens).

PRIX PROPOSÉS POUR 1853.

Prix de l'Académie.

L'Académie met au concours la question suivante : existe-t-il des *paraplégies* indépendantes de la myélite ? En cas d'affirmative, tracer leur histoire.

Ce prix sera de 1,000 fr.

Prix fondé par M. Portal, membre de l'Académie.

L'Académie met au concours la question suivant : De l'anatomie pathologique, des différentes espèces de *goître*, du traitement préservatif et curatif de cette maladie.

Ce prix sera de 1,000 fr.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux

L'Académie met au concours la question suivante : Faire l'histoire du *tétanos*.

Ce prix sera de 1,500 fr.

Prix fondé par M. le docteur Capuron, membre de l'Académie.

L'Académie divise, pour cette fois, la somme disponible et propose deux prix dont l'un, de la valeur de 1,000 fr., sera accordé à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante : *Des conditions physiologiques et pathologiques de l'état puerpéral.*

Pour le second prix, de la valeur de 1,500 fr., l'Académie a formulé une question qu'elle croit devoir faire précéder des considérations suivantes :

Les méthodes d'analyses des eaux minérales ont reçu dans ces derniers temps des perfectionnements considérables et y ont fait découvrir un assez grand nombre de principes minéralisateurs qu'on n'y soupçonnait pas auparavant ; considérée sous ce rapport, la connaissance des eaux minérales laisse peu à désirer, car elle démontre les substances qui les composent aussi exactement qu'il est possible de l'espérer dans l'état actuel de la science; mais dans quel ordre ces substances s'y trouvent-elles combinées ? Quelle est finalement la *constitution chimique normale* de ces eaux ? C'est encore un problème à résoudre pour la plupart d'entre elles.

Dans l'état actuel des choses, le chimiste isole des acides, des bases, des matières organiques, des gaz, etc.; et quand il a constaté leur qualité et leur poids, il les combine ensuite, suivant certaines considérations théoriques, pour en former les composés qu'il suppose devoir exister dans ces eaux à l'état de nature ; quelquefois aussi il se contente d'isoler les corps; d'en établir les proportions relatives et d'en faire une simple nomenclature, sans recourir à aucun essai synthétique. Tout en appréciant l'importance de ces résultats, on ne peut méconnaître tout ce qu'ils laissent à désirer, et c'est en vue d'y satisfaire autant que possible, que l'Académie met au concours la question suivante :

« Trouver une méthode d'expérimentation chimique propre à faire connaître dans les eaux minérales les corps simples ou composés, tels qu'ils existent réellement à l'état normal. »

L'Académie croit devoir rappeler ici les prix proposés pour 1852.

Prix fondé par M. Itard, membre de l'Académie.

Ce prix, qui est triennal et de 3,000 fr., devra être décerné au meilleur livre ou au meilleur mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée ; et pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il sera de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Le concours étant ouvert depuis le 22 septembre 1849, le prix sera décerné en 1852.

Prix fondé par M. D'argenteuil.

Extrait de son testament : « Je légue à l'Académie de médecine de « Paris la somme de 30,000 fr. pour être placée, avec les intérêts qu'elle « produira du jour de mon décès, en rentes sur l'État, dont le revenu « accumulé sera donné tous les six ans à l'auteur du perfectionnement « le plus important apporté, pendant cet espace de temps, aux moyens « curatifs des rétrécissements du canal de l'urètre. Dans le cas, mais « dans le cas seulement où, pendant une période de six ans, cette partie « de l'art de guérir n'aurait pas été l'objet d'un perfectionnement assez « notable pour mériter le prix que j'institue. L'Académie pourra l'ac- « corder à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté du- « rant ces six ans au traitement des autres maladies des voies uri- « naires. »

L'Académie n'ayant pas décerné le prix destiné à rémunérer les perfectionnements qui auraient pu être apportés à la thérapeutique des rétrécissements du canal de l'urètre, et subsidiairement à celle des autres maladies des voies urinaires pendant la première période (1838 à 1844), les perfectionnements proposés ne lui ayant point paru assez importants pour mériter soit le prix, soit même des encouragements pécuniaires ; les fonds provenant de ce prix seront reportés sur les périodes suivantes : en conséquence, le prix à décerner à l'auteur du perfectionnement jugé assez important, pour la seconde période (1844 à 1850), sera de la valeur de 12,000 fr.

Prix de l'Académie.

« Du seigle ergoté considéré sous le rapport physiologique, sous le rapport obstétrical et sous le rapport de l'hygiène publique. »

Ce prix sera de 1,000 fr.

Prix fondé par M. Portal.

« L'anatomie pathologique de l'inflammation du tissu osseux. »

Ce prix sera 1,000 fr.

Prix fondé par madame de Civrieux.

« Étiologie de l'épilepsie : rechercher les indications que l'étude des causes peut fournir pour le traitement soit préventif, soit curatif de la maladie. »

Ce prix sera de 1,200 fr.

SÉANCE DU 28 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Soins à donner aux nouveau-nés.

M. le docteur Marchant (de Charenton) expose à l'Académie, pour prendre date, le résultat de ses travaux sur les soins à donner aux nouveau-nés.

1° Les enfants viennent souvent au monde dans un état de débilité très grande signalée par les accoucheurs sous le nom de faiblesse de naissance; la respiration se fait assez incomplétement; mais la déglutition des aliments est impossible; la moindre quantité de liquide ingérée dans la bouche passe dans le larynx et détermine la suffocation. L'alimentation étant impossible, les nouveau-nés périssent infailliblement au bout d'un temps qui varie entre quelques heures et un à deux jours.

2° Les enfants asphyxiés ramenés à la vie par l'insufflation pulmonaire, sont souvent dans le même cas lorsque l'asphyxie a été longtemps prolongée et que le refroidissement de l'enfant n'a pas été assez évité. Dans tous ces cas, je me propose d'employer l'alimentation artificielle à l'aide d'une sonde en gomme élastique portant le n° 14 de la filière Charrière. L'introduction de la sonde dans l'œsophage n'est ni dangereuse ni difficile chez l'enfant. Par ce moyen, on pourra détruire la faiblesse de l'enfant en le reconfortant par des aliments, et assurer une vie à laquelle des intérêts puissants sont souvent attachés, et que l'humanité nous commande de conserver.

Diagnostic du rétrécissement de l'urètre.

M. Leroy-d'Étiolles adresse à l'Académie une note relative à l'exploration et au diagnostic des rétrécissements de l'urètre. Après avoir rappelé que la bougie à empreinte de Ducamp peut donner lieu à des erreurs, il fait observer que les bougies à boule de Charles Bell avaient ouvert une nouvelle voie de recherche dans laquelle presque personne ne l'avait suivi, soit à cause de la rigidité des bougies métalliques dont il se servait, soit que l'on n'eût pas bien compris le mode d'action de ces bougies et leur utilité. Elles sont devenues d'un usage plus général depuis que M. Leroy-d'Étiolles a substitué la gomme au métal; depuis que, par ses écrits et sa pratique, il a préconisé ce mode d'exploration. Cependant, ajoute ce chirurgien, on objecte qu'il faut une série de bougies à boules graduées pour passer à travers les divers degrés d'ouverture des rétrécissements : M. Leroy-d'Étiolles pense avoir répondu à cette objection : 1° par l'emploi des bougies en gutta percha à boules qui, se ramollissant, se pétrissant à la chaleur, puis reprenant leur dureté, fournissent le moyen d'avoir extemporanément des boules de différents diamètres,

concentriques ou excentriques ; 2° au moyen des empoules en caoutchouc vulcanisé dilatables par l'air, ampoules qu'il a soumises à l'examen de l'Académie il y a huit mois ; 3° par l'explorateur qu'il présente aujourd'hui, lequel se compose d'un tube renfermant deux petites tiges fortement élastiques, s'écartant brusquement en forme d'Y pour accrocher les reliefs de l'intérieur de l'urètre. C'est ce qu'avait cherché Ducamp au moyen de son instrument dilatable en losange articulé, trop compliqué pour être usuel.

Monstruosité double.

M. Bérard fait la présentation suivante :

J'ai eu l'honneur de présenter cette année, à l'Académie, deux fœtus humains *sternopages*, c'est-à-dire deux fœtus soudés par la poitrine et une partie du ventre.

La jonction avait été assez intime et la pénétration s'était faite assez profondément pour que les deux cœurs se fussent confondus en un seul, pour que les deux foies fussent représentés par un seul foie muni toutefois de deux vésicules biliaires. Au-dessus de la poitrine chaque fœtus s'isolait de son frère, avec lequel il ne confondait ni son cou ni sa tête. Ces parties restaient distinctes et parfaitement conformées.

Aujourd'hui je mets sous les yeux de l'Académie un nouveau cas de duplicité monstrueuse plus intéressant, je pense, que le premier.

Deux agneaux venus à terme n'ont pour eux deux qu'une seule tête parfaitement conformée à l'extérieur, si ce n'est qu'une oreille externe surnuméraire, ou plutôt un pavillon imperforé, se dresse entre deux oreilles complètes et régulières. Il n'y a qu'un seul cou, mais le toucher, avant même que l'on ait procédé à la dissection, dénote, dans ce cou, l'existence de deux colonnes vertébrales distinctes. Plus bas on retrouve les conditions des fœtus sternopages, c'est-à-dire que chaque fœtus a jeté à droite et à gauche les moitiés de son sternum qui se sont soudées avec les moitiés correspondantes du sternum de son frère jumeau. Plus bas encore les deux abdomens sont unis dans leurs parties supérieures.

En considérant qu'ici la jonction ne s'est pas faite seulement à la poitrine et au ventre, mais qu'elle s'étend au cou et surtout à la tête où la duplicité disparaît complétement, on s'attend à trouver les organes très intimement confondus dans la poitrine et le ventre. Il n'en est rien pourtant. Il y a deux cœurs distincts, l'un rudimentaire situé en avant et à droite, l'autre vigoureux situé en arrière et à gauche. Il y a aussi deux foies, l'un très ample, situé à droite, l'autre, beaucoup plus petit, situé à gauche. Le premier recevait une veine ombilicale venant du fœtus gauche.

Ces détails n'ont qu'un intérêt secondaire ; j'attache plus d'importance à ceux qui vont suivre. Dans les musées d'anatomie pathologique. on s'est beaucoup plus occupé de la conservation des formes extérieures que de l'exhibition des particularités de la structure interne. Celles ci pouvaient revendiquer cependant une bonne part de l'attention des anatomistes, et, par exemple , pour les cas de duplicité avec monocéphalie, n'était-il pas intéressant de rechercher comment deux moelles épinières venaient faire leur jonction avec un encéphale unique ? J'ai fait cette recherche pour le cas que je mets sous les yeux de l'Académie. On peut voir que chaque moelle épinière entre dans cette tête par un trou occipital distinct ; mais la dualité se prolonge encore dans cette tête, qu'on dirait appartenir à un seul individu. Il y a deux bulbes rachidiens, deux calamus scriptorius.

Des deux côtés de la face postérieure du bulbe, on voit s'élever des corps rectiformes qui circonscrivent un quatrième ventricule. Celui-ci est donc double. Il y a par conséquent deux cervelets qui ont fait leur jonction sur la ligne médiane. Plus haut, enfin, on aperçoit toute une collection de tubercules quadrijumeaux , chaque fœtus ayant conservé les siens. Leur nombre, pourtant, ne s'élève pas à huit ; il y en a quatre centraux, conformés comme à l'état normal. (Je les ai comparés aux tubercules d'un mouton adulte.) En dehors de cette masse de tubercules, on en trouve un de chaque côté.

Mais là s'arrête la dualité. On ne trouve plus, en pénétrant plus avant, qu'une couche optique de chaque côté , un seul corps strié de chaque côté, et enfin des lobes cérébraux tels que les présenterait un fœtus unique.

Aussi, messieurs, au rebours de ces monstres à deux têtes, où deux cerveaux, et par conséquent deux intelligences, deux volontés commandent à une agrégation de deux individus, ce qui ne laisse pas que d'exposer à des conflits. Ces deux bêtes, si elles avaient vécu, auraient eu un gouvernement parfaitement centralisé et un seul commandement. Je terminerai par une remarque sur la configuration des deux colonnes vertébrales. Elles se contournent de telle sorte, que l'occiput de la tête unique regarde le plan antérieur du tronc des deux fœtus. Cette torsion du rachis est normale dans les monstruosités de ce genre.

— L'Académie procède au renouvellement du bureau pour l'année 1852.

Président. M. Mélier.

Vice-président. M. Bérard.

Secrétaire annuel. M. Gibert.

MM. Orfila, Bégin et Boullay sont nommés membres du conseil pour l'année prochaine.

REVUE ANALYTIQUE

DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

Journaux allemands, anglais, italiens, etc.

24. *Sur l'identité de l'érysipèle et de certaines formes de fièvre puerpérale*; par le docteur EZRA P. BENNETT.

(The american Journal of the medical Sciences.)

Voici de nouveaux faits à l'appui d'une idée qui a été plusieurs fois émise et soutenue tant en France qu'en Angleterre et en Amérique. Ils ont été observés à Danbury (Connecticut).

Vers la fin de 1847, il se déclara simultanément dans deux paroisses de Danbury une épidémie de fièvre érysipélateuse maligne, avant laquelle on avait déjà remarqué la fréquence insolite des érysipèles ordinaires. En janvier 1848, pendant que cette épidémie était dans toute sa force, il s'en déclara une autre consistant, celle-là, dans une forme particulière de fièvre puerpérale. Cette coïncidence, qui était bien faite pour éveiller des idées d'identité pathologique, engagea l'auteur à observer les choses de près, et il constata qu'une inflammation diffuse, erratique, rapide dans sa marche, pouvait affecter et affectait souvent d'autres tissus que la peau, notamment les membranes muqueuses, le tissu cellulaire sous-cutané (sans participation du derme), les membranes séreuses.

Avant d'en venir à ce qui concerne particulièrement le péritoine, M. Bennett rappelle d'aborb brièvement quelques faits de phlegmasie spécifique d'autres organes. Deux cas de pleurésie sont surtout remarquables. — Dans l'un, le patient fut d'abord pris de mal de gorge, puis tout à coup de douleur de côté; la respiration devint très accélérée, le pouls très rapide, la face cadavéreuse, l'œil hagard. Il n'y avait pas de râle dans la poitrine. La mort eut lieu au bout de vingt-quatre heures. — Dans l'autre cas, les symptômes furent exactement les mêmes et la mort eut lieu au bout de trois jours. On put cette fois pratiquer l'autopsie. *Toute la plèvre costale et pulmonaire, à gauche et à droite, était enflammée.* D'un côté existait un épanchement de sérosité floconneuse; de l'autre, un peu d'épanchement aussi, et,

de plus, des adhérences de formation récente. Les poumons étaient entièrement sains.

M. Bennett a vu aussi une inflammation de mauvaise nature parcourir de grandes étendues de tissu cellulaire sous-cutané. Dans un cas, elle alla du *pelvis au menton*. Chez un enfant la même affection, siégeant à la cuisse et traitée uniquement par des cataplasmes, disparut et fut remplacée par une méningite mortelle. La muqueuse gastrique a été atteinte quelquefois, suivant l'auteur, d'une affection semblable. Mais venons à la péritonite, dont l'auteur donne une description générale tracée d'après onze observations particulières. De ces 11 femmes, 9 furent atteintes des premiers symptômes quarante-huit heures, et 2 vingt-quatre heures, après la délivrance.

La maladie débutait invariablement par un froid léger, de la douleur de tête, du lumbago, et, dans la moitié des cas, des douleurs intestinales qui étaient presque toujours peu intenses. Les malades se plaignaient surtout de fatigue. Elles étaient tristes, et cette tristesse avait quelque chose de significatif. L'utérus se sentait au-dessus du pubis ; il était endolori ; mais la douleur, à cette époque de la maladie, ne s'étendait pas au delà. Le ventre était mou et flasque ; le lait ne venait pas ou se supprimait ; les lochies continuaient à couler, mais sous forme de sanie. Par degrés, dans quelques cas, les intestins se distendaient, mais non au degré où on l'observe dans la péritonite ordinaire. Le plus souvent les intestins restaient souples jusqu'à la fin. Immédiatement après la sensation du froid, le pouls montait rapidement ; 160 pulsations par minute étaient le maximum. Il était petit et dépressible. La langue était couverte d'un mince enduit blanchâtre ; l'urine colorée ; la peau fraîche, couverte d'une sueur visqueuse ; abattement ; yeux hagards ; diposition à la diarrhée, telle que les purgatifs opéraient avec une énergie insolite etamenaient promptement la prostration. Pas de délire, excepté dans la dernière période du mal ; mais sorte d'hébétude qui rendait en général les malades indifférentes à leur position.

La mort eut lieu dans tous les cas, à l'exception d'un seul. Deux fois elle fut précédée de gangrène.

On a essayé tour à tour, ou simultanément, l'opium uni au calomel, les vésicatoires sur l'estomac, les onctions mercurielles, le nitre, la quinine, la digitale, les stimulants diffusibles, les évacuations sanguines, les purgatifs, etc. La saignée amenait presque aussitôt la syncope. Les purgatifs, même doux, paraissent également funestes ; ils abattaient les malades sans aucun bénéfice. Bref, la

maladie ne paraît avoir été avantageusement modifiée par aucune médication.

Rien dans l'étiologie qui mérite d'être signalé; là, comme dans la plupart des épidémies, il a fallu recourir à la *constitution amosphérique.*

— Beaucoup de praticiens ont remarqué que les épidémies de fièvre puerpérale s'accompagnaient souvent d'érysipèles chez les enfants. Tous les accoucheurs, croyons-nous, sont d'accord aujourd'hui sur ce point. Voilà déjà un fait qui tend à montrer un rapport quelconque, aussi vague qu'on voudra le supposer, mais enfin un rapport positif, entre la fièvre puerpérale et l'érysipèle. Ce rapport tend à devenir encore plus saillant par cette autre remarque d'observateurs dignes de foi, que cette même fièvre puerpérale qui donne aux enfants l'érysipèle leur donne aussi la péritonite. Il y a plus encore, il y a souvent coïncidence, non plus de péritonite chez la mère et d'érysipèle chez l'enfant, mais de péritonite et d'érysipèle chez le même enfant, alors même que cet enfant n'est pas soumis à une *influence puerpérale.* Dans un travail très intéressant dont nous avons rendu compte (*Gaz. méd.*, 1847, p. 52), M. Thore dit avoir rencontré, chez l'enfant, 17 fois la péritonite sur 22 cas d'érysipèle. Enfin, pour compléter l'analogie, M. Thore a vu l'érysipèle coexister souvent, non-seulement avec la péritonite, mais encore avec la phlegmasie des membranes séreuses en général, et plus spécialement de la plèvre.

Il est donc avéré aujourd'hui que, *chez l'enfant,* les phlegmasies séreuses (la péritonite particulièrement) naissent souvent ensemble, sous l'influence de la même cause d'infection, et marchent fréquemment de pair même en dehors de cette influence; deux circonstances dont il est difficile de ne pas induire une affinité spéciale entre les deux ordres d'affections. Or, ces données préalables doivent disposer, ce nous semble, favorablement à l'égard des faits invoqués par M. Bennett. Il n'y a rien d'étonnant à ce qu'une relation morbide, fréquente, habituelle même chez l'enfant, puisse se rencontrer chez l'adulte, surtout en temps d'épidémie, quand les causes morbides ont acquis un degré particulier de virulence et de malignité, et peuvent attaquer l'organisme par différents côtés. D'ailleurs, la marche des deux pleurésies décrites, la métastase d'une phlegmasie du tissu cellulaire, sont des phénomènes qui s'accordent très bien avec la supposition d'une affection érysipélateuse. Nous regrettons que quelques observations détaillées de péritonite ne nous aient pas

mis à même de démontrer, par l'exemple, la marche spéciale et insolite de la maladie.

---

25. *Des moyens de prévenir la constipation* ; par le docteur WARREN.

(The american Journal of the medical Sciences.)

La partie originale de ce court travail consiste dans quelques considérations sur les propriétés laxatives du *son*. L'auteur, après avoir fait remarquer que la fleur de froment constipe, aussi bien que celle de riz, rappelle qu'il emploie depuis vingt-cinq ans le son comme régulateur des garde-robes, et il va jusqu'à le préférer à beaucoup de médicaments réputés laxatifs. Le mode d'emploi de cette substance peut être très varié. On peut moudre du blé en nature (non dépouillé de son enveloppe) dans un moulin à café, le faire bouillir pendant trois ou quatre heures, saler légérement, et faire prendre la décoction à la dose de 20 onces environ pour un adulte. Cette dose peut être consommée en un seul repas ou en deux. Rien n'empêche d'ailleurs de joindre le son à quelques préparations culinaires qui en masqueront le goût.

Sans soulever ici une question de priorité assez peu intéressante, nous rappellerons que l'emploi du son sous diverses formes, dans le but indiqué plus haut, a été préconisé par plusieurs médecins. Il est probable qu'il agit uniquement comme substance inerte, à la manière de la graine de moutarde ou de chènevis, en dégrégeant et entraînant les matières fécales.

---

26. *Guérison à la suite d'une plaie par une barre de fer qui traversa la tête* ; par M. BIGELOW.

(The american Journal of the medical Sciences.)

Le fait suivant, dont l'auteur a eu soin d'établir l'authenticité par de nombreux certificats, est certainement l'un des plus prodigieux exemples que les archives de la science contiennent : de vastes pertes de substances de l'encéphale, terminées par la guérison. Probablement cet heureux résultat est dû en partie à l'étendue même de la solution de continuité du crâne, laquelle empêcha l'étranglement et, par suite, l'inflammation de la masse cérébrale.

OBS. — Le nommé P. Gage, âgé de 25 ans, avait placé de la

poudre dans le trou d'une mine et ordonné à un de ses ouvriers de la recouvrir de sable. Croyant que cela avait été fait, il voulut consolider le sable en frappant avec la barre de fer pointue qui avait creusé la mine. Mais, par suite d'un oubli, le sable n'avait pas été mis. Le choc du fer contre le rocher produisit donc une étincelle qui enflamma la poudre. La barre violemment projetée traversa complétement la tête de Gage, côtoyant d'abord l'angle gauche de la mâchoire, pénétrant l'orbite du même côté, entrant enfin dans le crâne dont elle sortit par la partie antérieure de la suture sagittale. La force d'impulsion était telle qu'après avoir produit cet épouventable désordre, le projectile sauta à quelque distance du blessé, tout souillé de sang et de fragments de cervelle. La barre avait 3 pieds 6 pouces de long, et un pouce et quart de diamètre ; elle pesait 13 livres et quart.

Renversé par terre sur le coup, le blessé eut quelques mouvements convulsifs des extrémités ; mais il reprit connaissance peu de minutes après. On le plaça sur un char à bœufs où il se tint droit, et dont il descendit de lui-même presque sans aide, après un trajet de trois quarts de mille. A ce moment il jouissait de toute sa présence d'esprit ; mais la plaie saignait beaucoup, et il rejetait du sang en abondance par le vomissement.

M. Harlow rajusta trois petites pièce triangulaires appartenant aux os du crâne, et, en cherchant s'il n'y avait aucun corps étranger, il introduisit du côté du crâne le doigt indicateur dans la plaie, de toute sa longueur, sans rencontrer de résistance ; il fit la même chose par la plaie de la joue. Une partie de l'angle antéro-supérieur de chaque pariétal et une pièce demi-circulaire du frontal étaient fracturées, laissant une ouverture arrondie de 3 pouces et demi de diamètre. On acheva le pansement en retranchant une partie du cerveau qui n'était retenue que par un pédicule. On rajusta enfin les lambeaux du cuir chevelu.

L'accident était arrivé le 18 septembre 1848. Après diverses alternatives, au milieu desquelles il n'y eut jamais, ni délire violent, ni perte de connaissance complète, ni fièvre très intense, il entra en convalescence, conservant toutes ses facultés mentales et n'ayant perdu que la vision de l'œil gauche. Une hernie du cerveau s'était produite pendant le cours de la maladie, mais on la réprima par l'application fréquemment réitérée du nitrate d'argent.

---

27. *Cas d'excision de l'utérus*; par M. P. Eve.

(The american Journal of the medical Sciences.)

Malgré la terminaison définitivement fatale de ce cas, il sera sans doute considéré par tout lecteur impartial comme une preuve de la possibilité d'enlever la totalité de l'utérus sans compromettre l'existence. En effet, la malade se remit complétement et sans accidents graves de l'opération; elle en avait même retiré, sous le rapport de la santé générale, un avantage marqué, lorsqu'une récidive de l'affection cancéreuse vint l'emporter. Le succès a donc pleinement absous le courageux opérateur de son initiative hardie, que l'on se sent malgré soi porté à approuver et à imiter toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une affection semblable, et qu'on songe aux épouvantables tortures morales et physiques auxquelles ces malheureuses sont condamnées.

Obs. — Il s'agit d'une négresse de 38 ans, mariée, mais n'étant jamais devenue enceinte. Depuis plus de trois ans, elle avait une affection de l'utérus, avec écoulement par le vagin et de fréquentes hémorrhagies. Ce sont tous les renseignements qu'on peut obtenir sur son état antérieur.

La malade ayant été rendue calme par l'effet de la morphine, M. J.-A. Eve l'examina et trouva dans l'hypogastre une tumeur remplissant tout le bassin, lobulée, inégale, fournissant un écoulement abondant et horriblement fétide.

Que cet fût un carcinome, une excroissance en forme de choufleur, ou une tumeur encéphaloïde, la mort de la malade n'en était pas moins certaine au bout de quelques mois ou au plus d'une année, à moins que la chirurgie ne vînt à son secours par une opération héroïque. L'âge peu avancé, la constitution vigoureuse, les forces encore assez intactes de la patiente encourageaient d'ailleurs à adopter ce parti.

Avant de l'entreprendre néanmoins on lui fit connaître les chances auxquelles elle s'exposait, ne lui cachant pas que l'extirpation était le terrible, mais l'unique remède qu'il restait à lui proposer. Malgré cela elle se décida d'elle-même à l'opération, sans qu'on eût eu besoin d'employer la persuasion.

Opération. — Après avoir préalablement vidé le gros intestin, on retira de la vessie une quantité considérable d'urine, laquelle quantité ne donnait à la malade aucune envie d'uriner; ce qui prouve que la vessie avait souffert une grande distensonn. Oe ni évacua bien environ deux pintes.

Le chloroforme fut administré de manière à faire sentir à la

patiente la plénitude de ses effets. On saisit alors la tumeur qui faisait saillie dans le vagin successivement à l'aide de plusieurs pinces, et après en avoir emporté plusieurs parties, on amena définitivement la masse entière à la vulve, et on l'excisa avec soin par une incision faite de haut en bas, dans le sens antéro-postérieur, sans que l'opérateur fît sur le moment autre chose que de soupçonner que ce pouvait bien être l'utérus. Une artère, l'artère utérine gauche, qui fournissait un jet de sang abondant, fut saisie et étreinte d'une ligature animale. Néanmoins l'hémorrhagie persistant après cette ligature, on appliqua sur la plaie une solution de sulfate de zinc.

Il n'y eut pas pendant l'opération de protrusion des intestins; aucun symptôme fâcheux ne se manifesta non plus à la suite. On tint la malade couchée dans la position horizontale, sans qu'elle la quittât un seul instant, ainsi qu'à une diète rigoureuse, durant les dix premiers jours. Il est à croire que la vessie, continuant à se remplir et à demeurer pleine d'une manière permanente, maintint les intestins refoulés en haut et en arrière pendant que s'opéra le travail de cicatrisation de l'ouverture faite au péritoine. On donna un lavement d'eau chaude le quatrième jour et quelques purgations.

Dans la masse enlevée, on reconnut aisément l'utérus avec les trompes de Fallope, les ligaments larges, ainsi que les ronds; mais le museau de tanche participait à la dégénérescence encéphaloïde. La tumeur dans le vagin avait environ le volume de la tête d'un fœtus à terme. Aucun de ceux qui examinèrent la pièce n'eut de doute que la totalité de l'utérus n'eût été extirpée. Parmi eux se trouvaient MM. Mussey, professeur de chirurgie au collége médical de l'Ohio, et M. Meigs, professeur d'obstétrique au collége médical de Jefferson.

Pendant une absence que fit M. P. Eve, l'opérateur, il laissa la malade aux soins de M. Longstreet. L'opération avait eu lieu le 16 avril 1850. Cette femme retourna chez elle le 3 mai. Elle revint encore se faire visiter le 20 du même mois, et demandait *pourquoi elle n'avait pas eu ses règles* depuis l'opération.

Le 10 juin, M. le docteur Murray écrivait qu'il l'avait vue la veille *debout sur ses pieds.*

Le 15 juin, deux mois après l'opération, elle revint ayant fait onze milles montée sur un wagon chargé de meubles. Elle avait repris beaucoup de force et une meilleure physionomie, et jouissait d'une bonne santé. Elle dit n'avoir perdu qu'une seule fois un peu de sang depuis l'opération, et n'avait qu'un écoulement modéré d'un liquide sans coloration. Mais il est regrettable d'a-

jouter qu'on trouva, soit par l'inspection, soit par le toucher, des preuves certaines qu'il se faisait une reproduction de la maladie encéphaloïde, qui devait amener la mort dans un terme plus ou moins rapproché.

Effectivement le 29 juillet, M. Meigs écrivait qu'elle était morte le 22 du même mois, trois mois et une semaine après l'opération. Elle était devenue ascitique et œdémateuse, mais n'avait eu ni hémorrhagie ni saillie de la masse morbide hors des parties génitales.

L'autspsie ne fut pas pratiquée.

— Le procédé opératoire n'est pas décrit dans le texte original avec plus de détail que ceux reproduits ci-dessus. Autant qu'on en peut juger par cette courte indication, il paraît que le chirurgien incisa tout ce qu'il supposait malade sans trop se mettre en peine de faire marcher le bistouri en dehors des limites de l'altération cancéreuse. A ce compte, la récidive était inévitable. Peut-être craignit-il sur le moment, en allant à la recherche des autres parties dégénérées, de léser quelque organe important. Mais d'après ce qui arriva, on ne peut que désapprouver, sous ce rapport, sa conduite ; car la plus simple réflexion sur les suites de l'opération suggère et justifie cette conclusion, en apparence bien singulière : que la malade est morte, non parce qu'on lui a extirpé l'utérus, mais parce qu'on ne lui a extirpé que l'utérus.

---

28. *Épingle à cheveux avalée, puis rendue par l'anus* ; par M. Salvatores.

(Il Filiatre sebezio.)

Obs. — Une dame de 52 ans, en proie à une monomanie religieuse, imagina, dans un moment de dégoût de la vie, d'avaler une de ces épingles à cheveux dont les femmes se servent, et qui sont formées par un fil de fer replié en deux. Elle eut soin, pour mieux remplir son but, de l'avaler les deux pointes étant tournées en bas. Cette épingle avait près de 4 pouces de longueur.

L'accident eut lieu le 17 avril 1851 ; elle raconta le lendemain à sa fille ce qu'elle avait fait. M. Salvatores, appelé aussitôt, constata l'absence complète de douleur, de gonflement, de gêne dans la déglutition ou la respiration. Il ne vit rien non plus en examinant l'arrière-bouche, et pensa, vu cette absence complète de symptômes, que le récit de la malade pouvait bien être men-

songer, et qu'elle ne disait avoir avalé ce corps étranger qu'afin de tenir sa famille dans l'inquiétude.

Cependant sa fille, plus confiante, ne cessa, à partir de ce moment, de chercher tous les jours dans les matières que sa mère rendait. Le 20 juillet, celle-ci l'appela en toute hâte. En allant à la selle, elle avait senti l'épingle se présenter et avait pu reconaître avec le doigt l'une de ses pointes faisant saillie à l'extérieur. La fille reconnut en effet la présence de l'épingle; mais comme l'autre pointe n'était pas dégagée, elle craignit, en tentant de tirer sur elle, de causer trop de souffrance, et envoya prévenir M. Salvatores. Mais lorsqu'il arriva, l'épingle était remontée, et le doigt, introduit dans l'anus, ne put la sentir.

Il ne se déclara pas plus d'accident que par le passé. Enfin, dans la matinée du 31 juillet (trois mois et demi environ après le jour où l'épingle avait été avalée), on la trouva dans les excréments de la malade, noircie, oxydée, quoique intacte, et comme enveloppée dans un cylindre de matières fécales dures. Elle était sortie sans faire éprouver de vives douleurs.

— Malgré les analogues de plus d'un genre qu'il compte dans les archives de la science, ce fait est de nature à augmenter encore la confiance que le chirurgien doit toujours, en pareil cas, placer dans les efforts de la nature. Pour expliquer l'innocuité d'un tel trajet parcouru par un corps essentiellement piquant, M. Salvatores croit devoir supposer que l'épingle, avalée la pointe en bas, se retourna dans l'estomac pour cheminer le long du tube intestinal, son extrémité mousse en avant; mais cependant, comme elle parut à l'anus, les pointes tournées vers l'extérieur, il admet qu'elle avait subi dans le cœcum un nouveau mouvement qui tourna sa pointe dans ce sens. Sans nier la possibilité de cette rotation multiple, nous ne croyons pas qu'il soit absolument nécessaire de la supposer pour comprendre cette absence d'accidents, absence que l'on a eu si souvent occasion d'observer en semblable circonstance.

TABLE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE 232e VOLUME.

12e SÉRIE, TOME XII. — DÉCEMBRE 1851.

ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE.

Traitement de la tuberculisation en général et de la phthisie pulmonaire en particulier ; par le docteur *Louis Parola*. Traduit de l'italien par le docteur *Raikem*. (*Suite*.) 217

Essai sur l'anatomie et la physiologie des parties constituantes de l'appareil optique ; ou organisation de l'œil et de ses annexes ; par le docteur *P. J. Vallez*. (*Suite*.) 238

Nouvelles considérations tirées d'une foule d'expériences et d'observations pathologiques sur le pouls veineux ; par le docteur *Desiderio*. 253

Extrait du Bulletin de l'Académie royale de médecine. — Séance du 28 juillet 1851. (*Suite*.) 261

Observations météorologiques faites à l'Observatoire royal de Bruxelles, pendant le mois d'octobre 1851. 288

III. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — 1. Mémoire sur la carnification ; par le docteur *C. Baron*. 1

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQUE ET CLINIQUE MÉDICALE.

PATHOLOGIE INTERNE. — 2. Observation d'hydatide solitaire dans le poumon gauche. Hydatide morte, non diagnostiquée, avec pneumonie à gauche ; emphysème à droite ; par M. *E. Degranges*. 18

3. Du mode de propagation de la suette ; par M. *Bonnet*. 25

4. Études sur la suette miliaire épidémique, et en particulier sur l'épidémie de 1849 ; par M. *J. Guérin*. (*Suite* et *fin*). 36

THÉRAPEUTIQUE. — 5. Essai ou considérations pratiques sur le traitement de la pneumonie ; par le docteur *C. Saucerotte*. 46

6. Considérations chimiques, physiologiques et thérapeutiques sur les sels d'argent ; par le docteur *J. Delioux*. (*Suite*). 64

7. La phthisie pulmonaire traitée par la poudre d'éponge calcinée ; — caverne tuberculeuse cicatrisée ; par M. le docteur *J. Beyran*. 75

8. Formules de médicaments balsamo-alcalins ; par M. le docteur *J. Delioux*. 77

25. Des moyens de prévenir la constipation ; par le docteur *Warren*. 261

V. ACCOUCHEMENTS, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

ACCOUCHEMENTS. — 9. De la localisation des douleurs de l'accouchement ; par le docteur *J.-H.-S. Beau*. 85

MALADIES DES FEMMES. — 10. Observation d'aménorrhée, suivie d'accidents singuliers ; par le docteur *O. Leconte*. 87

11. Recherches cliniques sur le cancer utérin ; par M. *C. Forget*. 95

12. Ovariotomie ; — succès complet ; — extirpation des deux ovaires ; par le docteur *Achille Chereau*. 111
24. Sur l'identité de l'érysipèle et de certaines formes de fièvre puerpérale ; par le docteur *Ezra P. Bennett*. 258
27. Cas d'excision de l'utérus ; par M. *P. Eve*. 265
MALADIES DES ENFANTS. — 13. Mémoire sur quelques parties de l'histoire de la bronchite et de la broncho-pneumonie chez les enfants ; par les docteurs *E. Barthez* et *F. Rilliet*. (*Suite* et *fin*). 114

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

PATHOLOGIE EXTERNE. — 14. Des adénites non syphilitiques ; par M. le docteur *A. Bertherand*. (*Suite*). 134
15. Études cliniques sur quelques tumeurs du testicule ; par le docteur *Notta*. 137
16. Considérations sur le bec-de-lièvre. — Nouveau cas de bec-de-lièvre médian de la lèvre supérieure ; par M. le docteur *Bitot*. 145
26. Guérison à la suite d'une plaie par une barre de fer qui traversa la tête ; par M. *Bigelow*. 261
MÉDECINE OPÉRATOIRE. — 17. Observation d'anévrisme faux consécutif de l'artère cubitale à la partie inférieure du bras gauche ; tumeur du volume d'un œuf aplati ; électro-puncture ; guérison ; suivie du résumé des cas d'anévrismes traités par la galvano-puncture ; par M. *Amussat*. 161
OPHTHALMOLOGIE. — 18. Mémoire sur l'épicanthus et sur une espèce particulière et non encore décrite de tumeur lacrymale ; par le docteur *Sichel*. (*Suite*). 169

VII. PHRÉNOLOGIE, MALADIES MENTALES.

MALADIES MENTALES. — 19. Recherches sur l'identité des paralysies générales progressives ; par *A. Brierre de Boismont*. 180
20. Du diagnostic différentiel de la lypémanie ; par M. *Delasiauve*. 201

VIII. MALADIES DES VOIES GÉNITO-URINAIRES.

21. De l'incision externe dans le traitement des rétrécissements de l'urètre ; par le docteur *Achille Chereau*. 210

XII. GÉNÉRALITÉS.

22. Observation sur la non-existence de lésions organiques appréciables dans certaines maladies ; par le docteur *Braive*. 216
23. Rapport sur les épidémies cholériques de 1849 dans les établissements dépendants de l'administration générale de l'assistance publique de la ville de Paris ; par M. *Blondel* (*Suite* et *fin*). 224

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE nationale des sciences de Paris. — Séances des 1er, 15 et 22 décembre. — Acide particulier du poumon. 231. — Causes de la présence du sucre dans les urines. 232. — Traitement de la couperose par l'iodure de chlorure hydrargireux. 232. — Nouvelles méthode pour l'étude du système nerveux applicable à l'investigation de la distribution anatomique des cordons nerveux, et du diagnostic des maladies du système nerveux. — Reproduction des nerfs. 234. — De la prédisposition héréditaire aux affections cérébrales ;

existe-il des signes particuliers auxquels on puisse reconnaître cette prédisposition? 236. — Transfusion du sang; ses indications. 238. — Sur la présence prétendue du sucre dans les urines des sujets atteints de névroses. 238. — Causes du passage de l'albumine dans les urines. 239,

Académie nationale de médecine de Paris. — Séances des 2, 9, 16 et 28 décembre. — Emploi des corps gras et résineux en médecine. 241. — Des épaules du fœtus considérées comme cause de dystocie dans la présentation de l'extrémité céphalique. 241. — Nouveau cas d'hermaphrodisme superposé. 242. — Avortement provoqué dans un cas d'étroitesse extrême du bassin. 243. — De développemeut spontané de gaz dans le sang considéré comme cause de mort subite. 245. — Prix proposés pour 1853. 252. — Soins à donner aux nouveau-nés. 255. — Diagnostic du rétrécissement de l'urètre. 255. — Monstruosité double. 256.

MÉLANGES.

28. Épingle à cheveux avalée, puis rendue par l'anus; par M. *Salvatores*. 265

TABLE

DES MATIÈRES PAR ORDRE DE JOURNAUX. — 232e VOLUME.

12e SÉRIE, TOME XII. — DÉCEMBRE 1851.

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ANNALES MÉD. PSYCHOL. (avril et juillet 1851).

Brierre de Boismont (A.). Recherches sur l'identité des paralysies générales progressives. 180
Delasiauve. Du diagnostic différentiel de la lypémanie. 201

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE (novembre 1851).

Barthez (E.) et *Rilliet* (F.). Mémoire sur quelques parties de l'histoire de la bronchite et de la broncho-pneumonie chez les enfants. 114

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (Nos 24, 30, 37, 39, 41, 42, 46 et 47, 1851).

Baron (C.). Mémoire sur la carnification. 1
Guérin (J.). Études sur la suette millaire épidémique, et en particulier sur l'épidémie de 1849. 36
Delioux (J.). Considérations chimiques, physiologiqnes et thérapeutiques sur les sels d'argent. 64
Delioux (J.) Formules de médicaments balsamo-alcalins. 77
Forget (C.). Recherches cliniques sur le cancer utérin. 95
Amussat. Observation d'anévrisme faux consécutif de l'artère cubitale à la partie inférieure du bras gauche ; tumeur du volume d'un œuf aplati ; électro-puncture ; guérison ; suivie du résumé des cas d'anévrismes traités par la galvano-puncture. 161
Blondel. Rapport sur les épidémies cholériques de 1849 dans les établissements dépendants de l'administration générale de l'assistance publique de la ville de Paris. 224

GAZETTE MÉD. DE STRASBOURG (octobre 1851).

Bertherand (A.). Des adénites non syphiiitiques. 134

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX (octobre 1851).

Degranges (E.). Observation d'hydatide solitaire dans le poumon gauche. Hydatide morte, non diagnostiquée, avec pneumonie à gauche ; emphysème à droite. 18
Saucerotte (C.). Essai ou considérations pratiques sur le traitement de la pneumonie. 46
Bitot. Considérations sur le bec-de-lièvre. — Nouveau cas de bec-de-lièvre médian de la lèvre supérieure. 143

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE (septembre 1851.)

Braive. Observation sur la non-existence de lésions organiques appréciables dans certaines maladies. 216

L'UNION MÉDICALE (Nos 101, 104, 106, 107, 118, 121, 122, 125 et 126).

Bonnet. Du mode de propagation de la suette. 25
Beyran (J.). La phthisie pulmonaire traitée par la poudre d'éponge calcinée ; — caverne tuberculeuse cicatrisée. 73
Beau (J.-H.-S.). De la localisation des douleurs de l'accouchement. 83
Leconte (O.). Observation d'aménorrhée, suivie d'accidents singuliers. 87
Achille Chereau. Ovariotomie ; — succès complet ; — extirpation des deux ovaires. 111
Notta. Études cliniques sur quelques tumeurs du testicule. 137
Sichel. Mémoire sur l'épicanthus et sur une espèce particulière et non encore décrite de tumeur lacrymale. 169
Achille Chereau. De l'incision externe dans le traitement des rétrécissements de l'urètre. 210

JOURNAUX AMÉRICAINS.

THE AMERICAN OF MED. SCIENCES.

Ezra Bennett (P.). Sur l'identité de l'érysipèle et de certaines formes de fièvre puerpérale. 258
Warren. Des moyens de prévenir la constipation. 261
Bigelow. Guérison à la suite d'une plaie par une barre de fer qui traversa la tête. 261
Eve (P.). Cas d'excision de l'utérus. 263

JOURNAUX ITALIENS.

IL FILIATE SEBEZIO.

Salvatores. Epingle à cheveux avalée, puis rendue par l'anus. 265

TABLE ANALYTIQUE

DE LA NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE DE

1851.

TABLE ANALYTIQUE

DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LES VOLUMES 221 A 232 (TOMES 1 A 12, 12e SÉRIE).

(JANVIER A DÉCEMBRE 1851.)

A.

Abcès de la cuisse communiquant avec la cavité de l'intestin à travers le trou obturateur ; par M. *Fergusson*, t. 225. 255
— de la vésicule séminale ayant amené une perforation de la vessie et un épanchement de pus dans l'abdomen ; par M. *Mitchell-Henry*, t. 230. 251
— par congestion, (Triple) occupant les fosses illiaques droite et gauche, ainsi que le petit bassin ; par M. *Bonnafont*, t. 230. 128
— dans la substance du cerveau ; ponction des ventricules latéraux par une opération ; par M. *Detmold*, t. 222. 354

ACADÉMIE NATIONALE DES SCIENCES DE PARIS.

Séances des 6, 13, 20 et 27 *janvier* 1851, t. 221.

Modification qu'éprouvent les sels ammoniacaux en traversant l'économie animale. 239. — Nouveau moyen d'opérer la mortification des kystes. 239. — Effets de l'éther chlorrhydrique chloré sur les animaux. 240. — Considérations sur le mécanisme de l'accouchement. 242. — Nouveau procédé pour l'établissement des fistules artificielles dans les expériences physiologiques. 243.

Séances des 3, 10 *février, addition à la séance du* 27 *janvier*, 17 *et* 25 *février* 1851. t. 222.

Hydrophobie rabique. 205. — Étiologie de mal de mer. 207. — Rapport de la fibrine et de l'albumine. 208. — Relation entre le pouvoir toxique et le pouvoir antiputride de la nicotine. — 209. — De l'altération de l'ouïe dans ses rapports avec la paralysie du nerf facial. 210. — Résumé des leçons sur l'embryogénie anthropologique ; par M. Serres. 210. — Traitement des érections génitales morbides chez l'homme. 215.

Séances des 17 et 31 *mars* 1851, t. 223.

Cause de la fibrination et défibrination du sang dans les divers états pathologiques. 239. — Modifications imprimées à la température animale par l'introduction dans l'économie, de différents agents thérapeutiques (médicaments excitants). 240. — Nouveau mode d'administration de l'huile de foie de morue. 242.

Séances des 7, 14, 21 et 28 *avril* 1851, t. 224.

Fruit du cédron (simaba cédron). 222. — Modifications imprimées à la température animale par l'introduction dans l'économie de différents agents thérapeutiques (vomitifs et purgatifs). 223. — Analyses du sang pour l'étude de la respiration et de la nutrition. 225. — Propriétés vénéneuses de l'humeur sécrétée par les pustules cutanées de la salamandre et du crapaud. 226. — Fonctions des systèmes nerveux spinal et ganglionnaire. 228.

Séances des 5, 12, 19 et 26 *mai* 1851, t. 225.

Présence de l'iode dans l'air et absorption de ce corps dans l'acte de la respiration. 218. — Des corps étrangers des voies aériennes. 219. — Influence de l'agitation du sang sur la proportion de la fibrine dans les recherches hématologiques. 222. — Sur la compression de l'aorte abdominale dans les hémorrhagies utérines. 223 — Procédé de conservation des substances alimentaires végétales. 224. — Recherches expérimentales sur les modifications imprimées à la température animale par l'introduction, dans l'économie, de de différents agents thérapeutiques. 226.

Séances des 2, 9, 16, 23 et 30 *juin* 1851, t. 226.

De la trachéotomie dans l'épilepsie. 217. — Influence de la variole au dix-huitième siècle. 218. — Nouvel anesthésique (éther bromhydrique). 218. — Persistance de la vie dans les membres atteints de la rigidité qu'on appelle cadavérique. 220. — Théorie de l'épilepsie et des accès en général. 222. — De l'inutilité de la bile dans la digestion. 223. — Recherches sur le rétablissement de l'irritabilité musculaire, chez un supplicié. 224. — Maladies des ouvriers qui s'occupent de la préparation du sulfate de quinine. 225. — Recherches expérimentales sur les modifications imprimées à la température animale par l'introduction, dans l'économie, de différents agents thérapeutiques. 226. — Inoculation de la syphilis. 230.

Séances des 1er, 7, 14 et 28 *juillet* 1851, t. 227.

Lois de la force attractive des liquides les uns par les autres. 187. — Sur la production d'électricité dans les muscles pendant la contraction. 188. — Des usages de la bile dans la digestion. 189. — État de l'irritabilité musculaire dans les paralysies cérébrale et spinale. 191. — Étiologie de la fièvre intermittente. 192.

Séances des 4, 18 et 25 *août* 1851, t. 228.

Nature et origine du suc gastrique. 188. — Théorie de la vision. 190. — Sur quelques effets physiologiques du datura stramonium. 190. — Cause de l'anhélation dans les ascensions. 191. — Mécanisme des contractions de la matrice. 193. — Modification apportée au brise-pierre pour pulvériser les calculs vésicaux. 194. — Expériences sur la valeur de la racine du cucumis abyssinica contre la rage. 194. — Mécanisme et traitement de l'asphyxie par submersion. 195.

Séances du 1er *septembre* 1851, t. 229.

De l'intervention des muscles de l'œil dans l'acte de la vision. 216. — Vitesse

de propagation du système nerveux. 216. — Statique de l'oxygène atmosphérique et de la chaleur à l'état de liberté. 217.

Séances des 6, 20 et 27 *octobre* 1851, t. 230.

Action de la portion cervicale du nerf grand sympathique et d'une portion de la moelle épinière sur la dilatation de la pupille. 193. — Modifications imprimées à la température animale par l'introduction, dans l'économie, de différents agents thérapeutiques. 197. — Action des muscles obliques de l'œil. 200. — Détermination du point vital de la moelle allongée. 203. — Influence de la partie intra-crânienne du nerf sympathique et des troisième, quatrième, cinquième et sixième paires sur les mouvements de l'iris. 204. — Etat physiologique de l'albumine dans l'économie. 207.

Séances des 10 et 17 *novembre* 1851, t. 231.

Cause de l'existence du sucre dans les urines. 226. — Sur le rapport que les végétaux comme les animaux présentent entre la quantité de vie et la quantité de combustion, et sur la cause essentielle de l'influence exercée par la chaleur dans la végétation. 226. — Nouveaux agents propres à remplacer les mercuriaux comme antisyphilitiques. 228. — Etudes expérimentales sur les effets des matières virulentes ingérées dans les voies digestives de l'homme et des animaux. 229. — De l'arrêt de développement considéré comme signe caractéristique du crétinisme. 231. — Compression de la partie supérieure de la moelle par l'apophyse odontoïde. 233. — Emploi du gaz oxygène dans la glucosurie. 233. — Syphilisation. 234.

Séances des 1er, 15 et 22 *décembre* 1851, t. 232.

Acide particulier du poumon. 231. — Causes de la présence du sucre dans les urines. 232. — Traitement de la couperose par l'iodure de chlorure hydrargireux. 232. — Nouvelle méthode pour l'étude du système nerveux applicable à l'investigation de la distribution anatomique des cordons nerveux, et du diagnostic des maladies du système nerveux. — Reproduction des nerfs. 234. — De la prédisposition héréditaire aux affections cérébrales; existe-il des signes particuliers auxquels on puisse reconnaître cette prédisposition? 236. — Transfusion du sang; ses indications. 238. — Sur la présence prétendue du sucre dans les urines des sujets atteints de névroses. 238. — Causes du passage de l'albumine dans les urines. 239.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE DE PARIS.

Séances des 7, 14, 21 et 28 *janvier* 1851, t. 221.

Section du tendon d'achille dans un cas de fracture de l'astragale. 245. — Instrument destiné à l'extraction des corps étrangers de la vessie. 246. — Sur la nature des virus et les lois d'après lesquelles ils se comportent dans l'économie. 248. — Sur la simultanéité de la variole et de la vaccine. 251. — Effets physiologiques et thérapeutiques de la brucine. 252. — Chûte du rectum. 252. — Plaie de l'urètre chez la femme, suivie de fistule urétrale. 253. — Traitement de l'hydrocèle par les injections gazeuses d'ammoniaque. 253. De l'accouchement prématuré artificiel. 255. — Traitement de la kératite vasculaire interstitielle par la scarification des vaisseaux. 256. — Sur le mécanisme de l'étranglement intestinal par nœud diverticulaire. 257. — De l'exaltation de l'ouïe dans la paralysie du nerf facial. — De l'amaurose dans l'albuminurie. 259. — Rachitisme du fœtus. 262.

Séances des 4, 11, 18 et 25 *février* 1851, t. 222.

Goître et crétinisme. 216. — Propriétés physiologiques et thérapeutiques de la digitaline. 217. — Spéculum de la bouche. 219. — Sur l'accouchement prématuré dans les cas d'étroitesse du bassin. 219. — Goître et crétinisme. 220. — Arrêt de développement d'un testicule. 221. — Goître et crétinisme. 222. — Goître et crétinisme. 222. — Recherches expérimentales sur une nouvelle espèce de suture destinée à réunir les plaies intestinales. 224. — Extraction des corps étrangers contenus dans la vessie. 227. — Goître et crétinisme. 228. — Goître et crétinisme. 239. — Application des plaques métalliques au traitement des affections nerveuses. 240. — Ablation du menton par un coup de canon. 241.

Séances des 4, 11, 18 et 25 *mars* 1851, t. 223.

Superfétation ombilicale. 242. — Ictères graves observés sur les soldats de l'armée d'Italie. 242. — Anévrisme cirsoïde. 243. — Application de la galvanisation localisée à l'étude des fonctions musculaires. 250. — Sur la nécessité d'extraire les corps étrangers et les esquilles dans le traitement des plaies d'armes à feu. 260. — Signes de la mort apparente. 263. — Siphon à refoulement. 264. — Scarificateur des rétrécissements de l'urètre. 266. — Ceintures et bas élastiques en caoutchouc. 266. — Propriétés thérapeutiques du sulfate de cadmium. 267. — Des pertes séminales involontaires et de leur influence sur la folie. 267.

Séances des 1er, 8, 15, 22 et 29 *avril* 1851, t. 224.

Appareils électriques de MM. Breton, Duchenne et Pulvermacker. 229. — Articulations propres du bassin de la femme adulte. 231. — De l'emploi des enduits imperméables contre les phlegmasies viscérales. 232. — Étranglement interne par un diverticule de l'iléon. 234. — Tumeur fibreuse de l'utérus chez une femme enceinte. 235. — Infirmités qui peuvent exempter du service de la garde nationale. 239. — Composition chimique de la laitance de carpe. 244. — Exploration de la rétine par les phosphènes. 245. — Compression de l'aorte dans les hémorrhagies qui suivent l'accouchement. 246. — Les prodromes de la folie. 246. — De la transmission des ondes sonores à travers les parties solides de la tête, comme moyen d'apprécier la sensibilité des nerfs acoustiques. 248. — Effets thérapeutiques du matico. 249. — Du traitement de la teigne par la méthode des frères Mahon. 250. — Syphilis congénitale; altération spéciale des poumons. 251. — Extrait de jusée. 253. — Opération césarienne. 254.

Séances des 6, 13, 20 et 27 *mai* 1851, t. 225.

Cas d'hypertrophie des mamelles guérie par l'extirpation. 229. — Variétés de dimension et de forme du bassin normal chez la femme. 231. — Etranglement intestinal par l'appendice cœcal. 234. — Compression de l'aorte dans les hémorrhagies utérines. 235 — Engorgement considérable de la rate sans fièvre d'accès. 235. — Lèpre d'Amérique. 236. — Affection spasmodique de la glotte particulière à l'enfance. 242. — Etiologie de la peste. 243.

Séances des 3, 10, 17 et 24 *juin* 1851, t. 226.

Chûte de l'utérus traitée par le pincement du vagin. 231. — De l'empoisonnement par la nicotine. 235. — De l'alcanité du sérum du sang chez l'homme.

243. — Ligature de l'iliaque externe. 244. — Propriétés thérapeutiques de l'ipéca. 245. — Du sulfate de strychnine dans les excrétions involontaires. 246. — Compression de l'aorte abdominale contre les pertes utérines. 246. — Sur quelques variétés de forme et quelques vices de conformation du bassin. 247. — Nicotine. 249 — Avantages des bougies tortillées en spirale dans les rétrécissements de l'urètre. 249. — Syphilis congénitale. 251. — Tannate de quinine et de cinchonine. 261. — Nicotine. 262. — Vaccine et inoculation. 263. — Note sur la suppression des quartiers de gâteux dans les maisons d'aliénés. 264.

Séances des 1er, 8, 15, 22 et 29 *juillet* 1851, t. 227.

Traitement de l'onixis. 193. — Conicine. 194. — Syphilis congénitale. 195. — Syphilis congénitale; pemphigus. 203. — Mode de jonction des lames de rechange des instruments de chirurgie. 219. — Colique végétale. 219. — Sur la syphilis des nouveau-nés. 219. — Emploi de la griffe dans le traitement des fractures transversales de la rotule. 234. — Prophylaxie de la syphilis. 234. — Syphilis congénitale; pemphigus. 236. — Pellagre. 239. — Emploi du tartrate de soude comme purgatif. 240. — Action thérapeutique de l'arsenic dans les maladies de la peau. 241. — Traitement des ulcères tuberculeux du testicule par une opération nouvelle. 242. — Accouchement prématuré artificiel. 247. — Cas rare d'éclampsie. 251. — Traitement des ulcères tuberculeux du testicule par une opération nouvelle. 252.

Séances des 5, 12, 19 et 26 *août* 1851, t. 228.

Traitement des ulcères tuberculeux du testicule par une opération nouvelle. 196. — Nouveau porte-aiguille. 208. — Engorgements du testicule. 209. — Substitution d'une huile iodée artificielle à l'huile de foie de morue. 210. — Sangsues mécaniques. 211. — Tubercules du testicule. 213.

Séances des 2, 9, 16, 23 et 30 *septembre* 1851, t. 229.

Obtention de l'opium indigène. 219. — Traitement des ulcères tuberculeux du testicule par une opération nouvelle. 220. — Épidémie de suette miliaire en 1849. 224. — Pemphigus des nouveau-nés. 227. — Recherches chimiques sur la matière grasse du sang veineux. 239. — Action de l'ipécacuanha à hautes doses. 240. — Nouveau mode d'application du forceps au détroit supérieur. 241. — Emploi de l'iode. 242. — Traitement des abcès par congestion par les injections iodées. 245.

Séances des 7, 14, 21 et 28 *octobre* 1851, t. 230.

Instruments destinés à l'extraction de corps étrangers de la vessie. 210. — Influence de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement sur le développement et la marche de la phthisie. 210. — Rétroversion utérine. 213. — Transfusion du sang pratiquée pour un cas d'anémie. 216. — Sirop de castoreum composé. 219. — Emploi du sel ammoniac (chlorhydrate d'ammoniaque) dans le traitement des fièvres intermittentes. 220. — Emploi du tannate de quinine dans le traitement des fièvres intermittentes. 221. — Quelques réflexions sur le purpura hæmorrhagica. 222. — Anévrisme vrai de l'artère carotide. 223. — Trachéotomie pratiquée pour un cas de croup. 223. — Jambe artificielle. 225. — Traitement antisyphilitique chez les femmes enceintes. 225. — Phimosis congénital. 227.

Séances des 4, 11, 18 et 25 *novembre* 1851, t. 231.

Efficacité de préparations ammoniacales dans les fièvres intermittentes. 240. — Culture de l'opium indigène. 241. — Action physiologique des muscles interosseux de la main. 243. — Nouveau bandage herniaire. 243. — Choléra en Turquie. 244. — Des substances dont l'usage doit être interdit dans les embaumements. 244. — Paralysie des muscles interrosseux de la main; fonctions de ces muscles. 247. — Superfétation ombilicale congénitale. 249. — Du traitement antisyphilitique des femmes enceintes. 249. — Syphilisation. 251. — Vases recouverts d'un enduit vitreux pour les usages pharmaceutiques et domestiques. 252. — Traitement de la fissure à l'anus par l'onguent de la mère. 252.

Séances des 2, 9, 16 et 28 *décembre* 1851. t. 232.

Emploi des corps gras et résineux en médecine. 241. — Des épaules du fœtus considérées comme cause de dystocie dans la présentation de l'extrémité céphalique. 241. — Nouveau cas d'hermaphrodisme superposé. 242. — Avortement provoqué dans un cas d'étroitesse extrême du bassin. 243. — De développement spontané de gaz dans le sang considéré comme cause de mort subite. 245. — Prix proposés pour 1853. 252. — Soins à donner aux nouveau-nés. 255. — Diagnostic du rétrécissement de l'urètre. 255. — Monstruosité double. 256.

Accès de goutte (Traitement des) par l'aconit et le colchique, t. 224. 255
Aconit (De l') contre la goutte ; par le docteur *Ditterich*, t. 222. 261
Accouchements (Remarques sur quelques faits pratiques d') ; 1° implantation du placenta sur le col ; 2° adhérence du placenta ; chûte du cordon ; par le docteur *C. Dubreuilh* fils, t. 229. 74
— (De l') prématuré artificiel, et des moyens conseillés pour réduire le volume de l'enfant à terme ; par M. *Chailly-Honoré*, t. 227. 104
— (De la localisation des douleurs de l') ; par le docteur *J.-H.-S. Beau*, t. 232. 83
Acéphalocyste du poids de 224 grammes développée dans l'hémisphère droit du cerveau ; par le docteur *Gaudineau*, t. 228. 264
Acides végétaux ; (Considérations générales sur l'action physiologique et thérapeutique des) ; par le docteur *Joseph Delioux*, t. 226. 75
Adénites (Des) non syphilitiques; par M. le docteur *A. Bertherand*, t. 231, p. 129 ; t. 232. 134
Air (De l'introduction de l') dans les veines ; par M. *Lane*, t. 222. 272
Albuminurie (Sur la nature et le traitement de l') ; par le docteur *Rees*, t. 230. 244
Aliénés (Des lésions de la sensibilité chez les) ; — conséquences thérapeutiques ; — exemples de lésions traumatiques très-graves et de leurs effets physiologiques ; par M. le docteur *Morel*, t. 225, p. 177 ; t. 226. 174
Allaitement (De l') et du sevrage, t. 222. 152
Amaurose (Pseudo-mouches volantes simulant une) ; par M. le docteur *Tavignot*, t. 221. 201
Aménorrhée (Observation d'), suivie d'accidents singuliers ; par le docteur *O. Leconte*, t. 232. 87
Amputation (De l') à lambeau de la jambe, au-dessous du genou ; par M. *Godfrey*, t. 224. 257
Anesthésie (Mémoire sur l'application de l') au cathétérisme et à la dilatation des rétrécissements de l'urètre; par M. *A. Courty*, t. 223, p. 201 ; t. 224. 188
Anesthésiques (Note relative à quelques considérations physiologiques et

pratiques sur l'emploi des), et particulièrement du chloroforme ; par M. *Courty*, t. 226. 86
Anévrisme faux (Observation d') consécutif de l'artère cubitale à la partie inférieure du bras gauche; tumeur du volume d'un œuf aplati ; électro-puncture ; guérison ; suivie du résumé des cas d'anévrismes traités par la galvano-puncture ; par le docteur *Amussat*, t. 232, p. 145 ; t. 233. 161
— (Note sur deux observations d') au pli du coude, traités par l'électro-puncture: par M. le docteur *Laforgue*, t. 231. 112
— inguinal ; suicide par blessure faite à la tumeur ; par M. *J. Miller*, t. 231. 261
— (Mémoire sur un) de la région poplitée, avec des réflexions sur cette maladie et sur la ligature des grosses artères ; par le docteur *Jean Salemi*, t. 223. 162
— des membres (Mémoires sur les) ; par le docteur *Chassaignac*, t. 221. 145
Angine (Traitement de l') laryngée œdémateuse par les scarifications de la glotte et de l'épiglotte; par le docteur *Gardon-Buck*, t. 223. 269
Aorte (De la compression de l'), dans l'hémorrhagie utérine grave, après l'accouchement ; par M. *Chailly Honoré*, t. 227, p. 95 ; t. 228. 72
Appareil spléno-hépatique (Études analytiques de physiologie et de pathologie sur l') ; par le docteur *J.-H.-S. Beau*, t. 221, p. 1 ; t. 223, p. 18; t. 225, p. 1 ; t. 226. 1
Arsénic (Combinaison de l') avec les corps organiques, t. 222. 265
— (Sur l'emploi de l') pour le traitement des fièvres paludéennes ; par M. *Félix Jacquot*, t. 220, p. 61 ; t. 221. 91
— (Sur l'empoisonnement par l') ; par le docteur *Geoghegan*, t. 228. 238
Artères (Recherches sur la cicatrisation des), à la suite de leur ligature, sur la production des hémorrhagies artérielles secondaires, et sur le traitement ; par M. le doteur *A.-H. Notta*, t. 220, p. 125 ; t. 221, p. 122 ; t. 224. 119
— iliaque droite (Cas de rupture de l') ; par M. *Hickes*, t. 228. 224
— (Ligature de l') carotide primitive ; par M. *Mettaner*, t. 222. 246
— aorte (La compression de l') est-elle, de tous les moyens, le plus prompt, le plus efficace, le plus sûr pour arrêter l'hémorrhagie qui survient après l'accouchement? est-il prudent de trop compter sur elle ; par M. *Bonnet*, t. 221. 98
Arthropathie blennorrhagique (Quelques réflexions sur l'), à propos d'une observation recueillie dans le service de M. Ricord, et d'un cas d'arthrite succédant à la balanoposthite observé dans le service de M. Jarjavay ; par M. *Carl Potain*, t. 222, p; 199 ; t. 223. 219
Articulation coxo-fémorale (Expériences sur la luxation de l') et sur leur réduction ; par le professeur *Hermann Mayer*, t. 230. 237
Ascite (Mémoire sur le traitement de l') par les injections iodées; par M. *Boinet*, t. 229, p. 35; t. 230, p. 37 ; t. 231. 25
— (Traitement de l') par les diurétiques employés en applications topiques sur l'abdomen; par le docteur *Robert Christison*, t. 221. 70
Atrophies du testicule (Etudes anatomiques et pathologiques sur les anomalies de position et les) ; par le docteur *Follin*, t. 228. 94
Atropine (Recherches cliniques sur l'action physiologique et thérapeutique de l') ; par le docteur *F. Lusanna*, t. 229. 54
Auscultation (Quelques considérations pratiques sur l') appliquée au diagnostic des présentations et des positions du fœtus ; par M. *Chailly-Honoré*, t. 229. 70

B.

Bandage inamovible (Fait pour servir à l'histoire du), t. 221. 278

Bec-de-lièvre (Considérations sur le). — Nouveau cas de bec-de-lièvre médian de la lèvre supérieure ; par M. le docteur *Bilot*, t. 232. 143
Blépharites (Traitement des différentes espèces de) : par le docteur *Tavignot*, t. 229. 169
Bougies fines (Sur l'utilité des), coudées et tortillées, dans le traitement des rétrécissements de l'urètre; par M. le docteur *Leroy-d'Étiolles*, t, 230. 164
Bronchite (Mémoire sur quelques parties de l'histoire de la) et de la broncho-pneumonie chez les enfants ; par les docteurs *E. Barthez* et *F. Rilliet*, t. 230, p. 93 ; t. 232. 114
Bronchotomie (De la), dans le cas d'angine laryngée œdémateuse ; par le docteur *Félix Sestier*, t. 217, p. 65 ; t. 219, p. 74 ; t. 221. 56

C.

Cancer utérin (Recherches cliniques sur le) ; par M. *C. Forget*, t. 232. 95
Carnification (Mémoire sur la) ; par le docteur *C. Baron*, t. 232. 1
Carotide primitive (Ligature de la) pour un anévrisme faux circonscrit des artères maxillaire externe, sub-linguale et sous-maxillaire ; par M. *Niccoli*, t. 230. 267
Cataplasmes galvaniques (Réflexions sur deux tentatives d'application des) faites contre l'angine de poitrine et des accès fébriles périodiques ; par le docteur *Jules Massé*, t. 226. 68
Cerveau (Études sur quelques signes avant-coureurs ou prodromes des affections graves du), considérés sous les rapports clinique, physiologique et médico-légal ; par le docteur *Francis Devay*, t. 221, p. 16 ; t. 224. 29
— (De la dégénérescence graisseuse des petits vaisseaux sanguins du) et de ses rapports avec l'apoplexie ; par le docteur *James Paget*, t. 228. 219
— (Ramollissement du), tumeurs squirrheuses dans cet organe ; par M. *Delasiauve*, t. 230. 1
Chirurgie pratique (Observations de) ; par M. le docteur *Jules Roux*, t. 228. 116
— pratique (Observations de) ; par M. le docteur *Jules Roux*, t. 231. 120
— pratique (Remarques sur quelques faits de) ; par M. *Fano*. t. 229. 114
— pratique (Observation de) ; par M. le docteur *Jules Roux*. t. 230. 145
Chloroforme (De l'emploi du) ; par le docteur *Edward Rigby*, t. 228. 227
— (De l'usage du) par les voleurs ; par M. *John Snow*, t. 222 269
— (Du) dans les affections névralgiques ; par le docteur *Barron*, t. 228. 229
— (Emploi du) en injection, comme moyen abortif de la blennorrhagie aiguë ; par le docteur *J. Venot*, t. 222. 194
— (De l'emploi local du) contre certaines affections douloureuses ; note lue à la Société de médecine, par *E. Strohl*, t. 223. 111
— (Mort par le) ; par le docteur *Achille Chereau*, t. 229. 203
— (Réflexions sur l'emploi du) dans les accouchements ; par le docteur *Schultz*, t. 222. 262
— (Remarque sur l'emploi du), principalement dans les accouchements ; par le docteur *Schultz*, t. 221. 270
Chlorure de zinc (Du) en injections, comme traitement abortif de la blennorrhagie, t. 225. 269
Choléra (Des cas de) parmi les enfants pendant l'épidémie de 1849, à Vienne ; par le docteur *Zuszinsky*, t. 230. 239

Choléra (Le) en Russie pendant l'année 1848 ; par le docteur *Schleis*, t. 224. 269
— asiatique (Nouveau traitement du) ; par *John Balkers*, t. 222. 262
— (Report of the général boards of health, on the epidemic) of 1848 and 1849 (rapport du comité général d'hygiène sur le choléra épidémique de 1848 et 1849.) t. 224. 205
— asiatique (Traitement du) ; par *Jonh Balkers*. t. 221. 270
— (Traitement spécifique du), considéré comme maladie virulente ; par M. le docteur *Hameau*, t. 223. 76
Chorée ; belladone par voie endermique. t. 222. 277
Cœur (Recherches cliniques sur la pathologie, le diagnostic et le traitement de certaines formes chroniques de maladies du) ; par le docteur *Charles Ritchie*, t. 231. 1
— (Recherches sur l'histologie du système nerveux avec des remarques sur la fibre musculaire et sur les mouvements du); par le docteur *Schaffner*, t. 230. 235
— (Expériences sur la force de pression du); par le docteur *Hering*. t. 224. 279
— (Sur l'état graisseux du) ; par le docteur *R. Quain*, t. 225. 260
Coliques néphrétiques (Des) et de la gravelle ; par le docteur *Louis de Crozant*, t. 230 ; p. 148 ; t. 231. 168
— nerveuse (Sur l'efficacité de l'alun dans les cas de); par le doc- *E. R Philippeaux*, t. 221. 47
Collodion (Du) contre l'erysipèle, t. 228. 236
— (Du) ; par le docteur *Rapp*, t. 221. 271
— (Sur l'application pratique du) contre les phlegmasies ; par le docteur *Robert-Latour*, t. 231. 49
Combustion humaine spontanée (Relation médico-légale de l'assassinat de la comtesse de Goerlitz, accompagnée de notes et réflexions pour servir à l'histoire de la) ; par MM. *Ambroise Tardieu* et *X. Rota*, t. 215, p. 146. t. 217. p. 176 ; t. 226. p. 208 ; t. 227. 171
Composés ammoniacaux (Étude sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques des); par le docteur *J. Delioux*, t. 225, p. 62 ; t. 227, p. 36. t. 228, p. 35 ; t. 230. 57
Congestion cérébrale par la pendaison ; par le docteur *Schneider*, t. 221. 224
Constipation (Des moyens de prévenir la); par le docteur *Warren*, t. 232. 261
Cornée (De la conicité de la) ; par M. *White Cooper*, t. 230. 241
Corps étrangers (Mémoire sur les divers moyens d'extraire les) de la vessie de l'homme, accompagné de l'observation d'un sujet chez lequel une épinglette en fer a été extraite de la vessie, à l'aide d'un instrument nouveau ; par le docteur *A. Courty*, t. 223. 176
Coussin bivalve (Du), nouvel appareil contentif pour les fractures du membre inférieur ; par le docteur *Laurencet*, t. 229, p. 93 ; t. 230. 110
Coxalgie chronique (De la résection de la tête du fémur dans les cas de); par le docteur *De Méric*, t. 222. 188
Croup (Nouvelles recherches sur la trachéotomie dans la période extrême du), t. 228, p. 137 ; t. 229, p. 135 ; t. 230, p. 140 ; t. 231. 138
— (Du) et de son traitement par l'eau froide ; par le docteur *Hauner*, t. 230. 239
Cyanose (De la) ; par le docteur *Strechler*, t. 221. 269
Cystite chronique (Observation de); (cas rare) par M. *Am. Mordret*, t. 231. 158

D.

Délire alcoolique (Du); par M. *Monneret*, t. 222, p. 79 ; t. 224. 25
Délirium tremens (Diagnostic différentiel du), ou stupeur ébrieuse ; par le docteur *Delasiauve*, t. 222. 62

Dents naturelles (De la repose des) ; par le docteur *Joux*, t. 221. 172
— (De l'extraction des) ; par le docteur *A. Désirabode*, t. 227. 121
— (Extraction de). — Chloroforme. — Mort ; par le docteur *Eissen*, t. 228. 154
— (Obturation des) ; par le docteur *A. Desirabode*, t. 221. 165
Diabète sucré, t. 222. 263
— (De la génération de l'eau dans le) ; par le professeur *F. Nasse*, t. 231. 20
Diagnostic des pleurésies (Signes propres à assurer le) avec épanchement ; par *C. Roy*, t. 225. 289
Digitale (De la) par la méthode iatraleptique ; par le docteur *Chrestien*, t. 231. 69
Digitaline (Mémoire sur la) ; par MM. *Homolle* et *Quévenne*, t. 226, p. 56 ; t. 227. 71
Diurétiques (Quelques remarques sur les), et en particulier sur l'acétate de potasse, t. 221. 67
Douches froides excitantes (De l'emploi des) contre le tempérament lymphatique, la chlorose et l'anémie ; par le docteur *L. Fleury*, t. 222, p. 102 ; t. 223. 89
Dyssenterie (Sur quelques complications peu connues de la) ; par le docteur *R. Mayne*, t. 231. 264
— épidémique (De la) ; par M. *Verger*, t. 223. p. 60 ; t. 222. 19
Dystocie par rétrécissement des parois de l'utérus autour du cou de l'enfant, t. 222. 275
— provenant de la position de l'avant-bras de l'enfant en arrière du cou, t. 221. 278

E.

Eau de M. Pagliari (Note sur les effets hémostatiques de l'), pharmacien à Rome ; par M. le professeur *C. Sedillot*, t. 229. 12
Ectropion paralytique ; nouvelle méthode de traitement ; par M. *John A. France*, t. 223. 273
Éclampsie chez une femme enceinte de sept mois et demi ; considérations sur la terminaison de l'accouchement ; rapports de l'éclampsie avec l'albuminurie ; par le docteur *Ch. Dubreuilh*, fils, t. 225. 104
Écorce de chêne et l'alun (Des injections avec de l') dans le traitement des écoulements du vagin et de l'utérus ; par *Cooke*, t. 224. 260
Électricité de frottement (Recherches sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques de l'), de l'électricité de contact et de l'électricité d'induction ; par le docteur *Duchenne*, t. 226. 39
Empoisonnement (Observation d') par la teinture de digitale ; par M. le docteur *Oulmont*, t. 231. 180
— avec les fleurs de la pivoine ; par le docteur *Thomsen*, t. 224. 275
Encéphale (Sur les rapports des symptômes et des lésions anatomiques dans les maladies de l') ; par le professeur *Alquié*, t. 221. 42
Enfant hydrocéphale (Observation sur la naissance d'un) ; par le professeur *J. A. Stoltz*, t. 230. 85
Épidémie cholérique (Coup d'œil sur l') de 1849, t. 221. 286
— cholériques (Rapport sur les) de 1849 dans les établissements dépendants de l'administration générale de l'assistance publique de la ville de Paris ; par M. *Blondel*, t. 231, p. 208 ; t. 232. 224
— puerpérales (Note sur le moyen hygiénique et préservatif de M. Semmelweis pour empêcher le développement des) dans la maternité de Vienne, mis en pratique avec succès ; par M. *Arneth*, t. 222. 145

Épilepsie (Mémoire sur les rapports et les différences qui existent entre l') et les convulsions puerpérales; par le docteur *Tyler Smith*, t. 223. 271
Épingle à cheveux avalée, puis rendue par l'anus; par M. *Salvatores*, t. 232 265
Érysipèle (Sur l'identité de l') et de certaines formes de fièvre puerpérale; par le docteur *Ezra P. Bennett*, t. 232. 258
Estomac (Fistule de l'); observation par M. *W. Robertson*, t. 225. 252
Étranglement interne (Accidents d') déterminé par la présence d'une tumeur abdominale. — Fièvre intermittente double-tierce; par le docteur *Aran*, t. 225. 155

F.

Feuilles de ricin (Des) en topique, pour provoquer la lactation, t. 228. 233
Fièvre puerpérale (Sur le traitement de la); par M. le docteur *O. Leconte*, t. 223, p. 149; t. 224. 91
Fièvre typhoïde (La) et le typhus fever d'Angleterre sont-ils ou ne sont-ils pas deux maladies différentes? — Considérations pathologiques d'après les nouvelles recherches entreprises en Angleterre, et principalement d'après les travaux récents de M. le professeur Jenner; par M. *Valleix*, t. 223. 231
Fièvre typhoïde (Sur la) et le typhus fever; par le docteur *Jenner*. t. 231. 257
Fissure labio-palatine (Sur la vraie nature de la) (bec-de-lièvre et ses complications); par le docteur *Adolphe Richard*, t. 224. 138
Folie instantanée (De la), considérée au point de vue médico-judiciaire; par le docteur *Ph. Boileau de Castelnau*, t. 226. 196

G.

Gale (Du traitement rapide de la) (guérison en deux heures); par le docteur *Gibert*, t. 231. 52
— (Mémoire sur la contagion et le traitement de la); par M. le docteur *Bourguignon*, t. 228. 27
Gangrène (Sur la) des extrémités consécutive aux maladies valvulaires du cœur; par le docteur *J. Power*, t. 228. 242
— (De la) dite spontanée considérée dans ses rapports avec l'artérite chronique, quelques considérations sur la curabilité et le traitement de cette affection; par le docteur *Aran*, t. 230. 9
Gastro-entéralgies; par le docteur *Vignes*, t. 223. 32
Gastro-entérite (De la) varioleuse (variolæ sine variolis) avant et depuis la découverte de la vaccine; par M. le docteur *A. Bayard*, t. 225. 209
Glandes lymphatiques (Sur la circulation de la lymphe et sur les parties anatomiques les plus importantes des); par le docteur F. *Nolli*, t. 230. 231
Glycérine (Note sur l'emploi de la) dans certaines formes de la surdité; par le docteur *Thomas H. Wakley*, t. 224. 74
Goître (Sur le) enkysté parenchymateux; par *L. Stromeyer*, t. 224. 283
— (Sur le) des nouveau-nés; par M. *Fréderic Betz*. t. 230. 234
Grippe (Un mot sur l'épidémie de) régnant à Paris; par le docteur *Aran*, t. 224. 21
Grossesse (Chorée aiguë survenue pendant la), suivie d'accouchement et de mort; absence de lésions anatomiques; par le docteur *Aran*; t. 226. 105
— (Du développement relatif des artères ovariques et utérines pendant la), et de l'utilité de la compression de l'aorte, dans les

cas d'hémorrhagie, utérine, après l'accouchement ; par le docteur *Beaudelocque*, t. 231. 81
Grossesse (Considérations médico-légales sur l'influence des impressions physiques et morales pendant la) ; par le docteur *H. Bayard*, t. 226. 97

H.

Hématocèle (Considérations sur l') ou épanchements sanguins du scrotum ; par M. *Béraud*, t. 224. 121
Hémorrhagies des alvéoles (Nouveau moyen d'arrêter les) ; par le docteur *Beardsley*, t. 224. 258
— ombilicale, t. 222. 264
— (Mémoire sur les) des cavités muqueuses ; nouveau mode d'application de la glace dans le traitement de ces hémorrhagies ; par le docteur *E. Chassaignac*, t. 227, p. 23 ; t. 228. 50
— utérine (Observation d'), survenue au quatrième jour après l'accouchement, par suite de la rupture d'une tumeur sanguine du col de l'utérus ; par *G. Johnston*, t. 230. 216
— cérébrale (L') peut-elle se traduire, dans un membre, par une paralysie restreinte à quelques muscles seulement ? par M. le docteur *Eugène Guibout*, t. 228. 5
Hépatalgie (De l') ; par M. le docteur *Eugène Guibout*, t. 225. 41
Hernie (Observations de) ascendente ou intermusculaire ; par M. *Luke*, t. 222. 270
— (Accidents cérébraux provoqués par une), t. 230. 260
— inguinales (Lettre sur la cure radicale des) ; par M. le docteur *Valette*, t. 229. 87
— inguinales (De la cure radicale des) et d'un nouveau moyen de l'obtenir ; par le docteur *Aug.-D. Valette*, t. 225, p. 136 ; t. 226, p. 133 ; t. 227, p. 131 ; t. 228. 89
— réduite en masse ; opération ; par M. *Luke*, t. 222. 266
— étranglée (De la réduction immédiate, dans un cas de) avec perforation de l'intestin ; par M. *Piachaud*. t. 228. 125
Huile de croton tiglium (De l'action pustulative de l') ; par M. *Barrellai*, t. 230. 265
Humérus (Observations de luxation de l') ; par le docteur *Dupuy*, t. 222. 167
Hydarthrose du genou gauche ; — injection iodée ; — guérison ; — réflexions ; par M. le docteur *Martininq*, t. 231. 107
Hydatide solitaire (Observation d') dans le poumon gauche. Hydatide morte, non diagnostiquée, avec pneumonie à gauche ; emphysème à droite ; par M. *E. Degranges*, t. 232. 18
Hydrocèle (Mémoire sur l') et sur son traitement par un nouveau mode opératoire ; par M. *Baudens*. t. 220, p. 143 ; t. 221. 174
Hydrocéphale (De la ponction du crâne dans l'). t. 225. 250
Hydro-ferro-cyanate (Note sur la valeur de l') de potasse et d'urée contre les fièvres intermittentes ; par M. *Costes*, t. 223. 81
Hydropisie ascite (Deux faits d') traités par les injections iodées ; par M. *Costes*, t. 226. 26
Hydrothérapie (De l'emploi de l') dans le typhus febris nervosa gastrica, mucosa, pituitosa ; par le docteur *Hegelle*, t. 230. 260

I.

Infanticide (Mémoire sur l') par l'immersion de l'enfant dans des ma-

tières pulvérulentes; présenté à la Société de médecine de Bordeaux par le docteur *Adrien Bérenguier*, t. 225. 201
Intervalles lucides (Recherches sur les); par le docteur *Renaudin*, t. 226. 180
Ipécacuanha à haute dose (Sur l'emploi de l'infusion d'), dans le traitement de la pneumonie; par le docteur *Ressiguier*, t. 225. 98
Ipécanthus (Mémoire sur l') et sur une espèce particulière et non encore décrite de tumeur lacrymale; par le docteur *Sichel*, t. 231, p. 145; t. 232. 169
Irritation spinale sympatique, t. 224. 277

K.

Kystes graisseux (Sur les) des ovaires; par le docteur *Steinlin*, t. 230. 232
Kyste de l'ovaire gauche; péritonites purulentes successives; perforations abdominales; guérison; observation communiquée par *A. Beaupoil*, t. 223. 143

L.

Laryngite (Traitement de certaines formes de) chronique par la cautérisation des lèvres de la glotte et de l'épiglotte, t. 221. 279
Lésions organiques (Observation sur la non-existence de) appréciables dans certaines maladies; par le docteur *Braive*, t. 232. 216
Loupes (Du traitement des) par les injections multiples de teinture d'iode; par le docteur *Moussillac*, t. 228. 132
Lupus érythémateux (Du) et de son traitement; par le docteur *Aran*, t. 228. 1
Luxation de la tête du péroné; par M. *Hugh Thomson*, t. 224. 260
Lypémanie (Du diagnostic différentiel de la); par M. *Delasiauve*, t. 232. 201

M.

Mal de mer (Du) et des diverses opinions auxquelles il a donné lieu; par M. *Charles Pellarin*, t. 222, p. 7; t. 223. 37
Maladies contagieuses (Des) et infectueuses à propos d'un mémoire de M. Audouard, intitulé : fièvre jaune et traite des noirs; lu à la Société de médecine par le docteur *Max Durand-Fardel*, t. 221. 227
Maladies contagieuses et infectieuses (Réponse au mémoire de M. le docteur Durand-Fardel inséré dans la Revue Médicale de décembre 1850, sous le titre : des) à propos d'un autre mémoire sur la fièvre jaune et la traite des noirs; par M. le docteur *Audouard*, t. 228. 180
— chroniques (Recherches sur les) de la membrane muqueuse laryngée; par le docteur *Eben Watson*, 222. 40
— des enfants (Considérations sur les), et notamment sur la fausse méningite et sur le traitement de la diarrhée, à propos des leçons faites sur ce sujet par le docteur Ch. West, à l'hôpital de Middlesex; par le docteur *Barthez*, t. 224. 101
Maxillaire inférieur (Résection du), depuis le milieu de la branche ascendante gauche jusqu'au niveau de la canine droite; pratiquée par M. *Corbet*, t. 226. 149
Médicaments balsamo-alcalins (Formules de); par M. le docteur *J. Delioux*, t. 232. 77
Médication émolliente (Examen critique de la) et des remèdes béchiques

et pectoraux ; par M. le docteur *J. Delioux*, t. 229, p. 48 ; t. 231. 57
Miliaire (Sur le diagnostic de la) larvée et compliquée ; par M. *Fallani*, t. 230. 265
Miserere (Colique de) ; Guérison instantanée par l'application du marteau Mayor ; par le docteur *E. Hervieux*, t. 224. 64
Murmures anémiques (Sur les) et leur diagnostic ; par le docteur *H.-M. Hughes*, t. 225. 248
Myopie (Nouveau mode de traitement de la), t. 224. 167

N.

Nasonnement (Du) ; — de la paralysie du voile du palais ; par MM. *Trousseau* et *Ch. Lasègue*, t. 231. 84
Névralgie hépathique (Nouvelles preuves de l'existence de la) ; par M. le docteur *Fauconneau-Dufresne*, t. 226. 18
— (Bons effets du sulfate de quinine à haute dose dans le traitement de la), t. 221. 264
— (Premier cas de) générale observé chez la femme ; cautérisation transcurrente ; guérison ; par M. *J. Leclerc*, t. 221. 34
Nitrate d'argent (Introduction du) en poudre dans le larynx et la trachée, t. 228. 236
— d'argent (Du) dans la jaunisse, t. 221. 276
— d'argent (Du) contre la jaunisse ; par le docteur *J.-F. Peebles*, t. 222. 250
Nævus maternus (Cas rare de), guéri par un traitement antisyphilitique, t. 227. 129
— maternus (Du) et des tumeurs érectiles ; mémoire lu à la Société de médecine de Paris, par le docteur *Costilhes*, t. 222, p. 159 ; t. 224, p. 144 ; t. 225. 145

O.

Obstruction (Observations d') intestinale complète par maladie de l'S iliaque et du rectum, guérie par l'incision du colon dans la région lombaire gauche ; par MM. *Field* et *Clarkson*, t. 224. 270
Omoplate (Cas de déplacement de l'angle inférieur de l') ; par M. *C. Rose*, t. 222. 271
Ophthalmie des nouveau-nés, t. 225. 267
Opium (De l') chez les enfants affectés de hernie étranglée ; par le docteur *Reid*, t. 228. 235
Os maxillaire inférieur (Des divers modes opératoires et des règles à suivre pour la résection de l') ; par le docteur *Am. Forget*, t. 224, p. 156 ; t. 225. 161
— maxillaire inférieur (Reproduction de l'), après une nécrose par la vapeur de phosphore ; par le professeur *Virchow*, t. 230. 256
Ouïe (De l'exaltation de l') dans la paralysie du nerf facial ; par le docteur *H. Landouzy*, t. 223, p. 45 ; t. 224. 37
Ovariotomie ; — succès complet ; — extirpation des deux ovaires ; par le docteur *Achille Chereau*, t. 232. 111
Oxide blanc (Essai de l') d'arsenic dans le traitement des fièvres intermittentes ; par M. *P. Lemaistre*, t. 229. 26
— d'argent (De l'emploi de l') dans certaines formes de métrorrhagie ; par le docteur *J.-J Thweall*, t. 222. 252
Ozone (Sur l') de l'air atmosphérique ; par le docteur *G. Polli*, t. 228. 230

P.

Pancréas (Mémoire sur quelques points de l'anatomie du); par M. le docteur *Ar. Verneuil*, t. 227. 1
Pansements rares (Des) et des pansements rapprochés des plaies; par le docteur *A. Bertherand*, t. 226, p. 154; t. 227, p. 153; t. 229. 157
Paralysie (Nouvelle espèce de): paralysie pneumonique; par le docteur *Macario*, t. 221. 27
— idiopathique. — Galvanisation avec les appareils de M. *Duchenne*; par le docteur *Eugène Guibout*, t. 225. 53
— essentielle (De la) chez les enfants; par M. le docteur *Rilliet*, t. 231. 91
— (Recherches sur l'identité des) générales progressives; par *A. Brierre de Boismont*. 180
Paraplégies (Observations de) accompagnées de rétention et d'incontinence d'urine, dépendantes d'une altération des reins; par le docteur *Costes*, t. 225. 189
Parovarium (Du) chez la femme, l'analogue de l'épididyme chez l'homme; par le professeur *Kobelt*, t. 224. 289
Peau (Emploi des spécifiques internes, dans le traitement des maladies de la); notes extraites de la clinique de M. *Gibert*, t. 230. 53
Péricardite (Observation de), dans laquelle on a constaté le bruit de frottement, et reconnu plus tard à l'autopsie, après la mort survenue par une maladie incurrente, l'absence d'adhérences du péricarde; par le docteur *C. Morehead*, t. 230. 257
Péritonite (Traitement de la) par l'opium; par le docteur *Meinel*, t. 224. 278
Pertes utérines (Des) chez les jeunes femmes, — presque toujours liées à la grossesse, — symptomatiques d'un cancer, d'un corps fibreux ou d'un développement vasculaire du col. — Cautérisation par le nitrate d'argent, préférable à celle par le nitrate acide de mercure ou le fer rouge; par le docteur *Bernard*, t. 221. 104
Phénomène physiologique (Sur un certain) et pathologique relatif aux fonctions respiratoires; par le docteur *J.-J. Trayer*, t. 228. 222
Phlegmasies viscérales (Emploi des enduits imperméables contre les); par M. le docteur *Robert-Latour*, t. 224. 82
Phosphate d'ammoniaque (Du) dans le traitement de la goutte et du rhumatisme, t. 230. 254
Phthisie pulmonaire (Traitement de la) par les inspirations d'iode; par le docteur *Ed. Carrière*, t. 222. p. 92; t. 223. 108
— pulmonaire (De la curabilité de la); par le docteur *James Turnbull*, t. 229. 247
— pulmonaire (Sur le traitement de la); par le docteur *Bennett*, t. 231. 259
— pulmonaire (La) traitée par la poudre d'éponge calcinée; — caverne tuberculeuse cicatrisée; par M. le docteur *J. Beyran*, t. 232. 73
Phymosis (Du) congénital; par M. *Delaney*, t. 222. 246
Pierres dans la vessie (Lettres sur les moyens de reconnaître les) sans cathétérisme; par le docteur *Heurteloup*, t. 226, p. 122; t. 228. 83
Plaie (Large) par piqûre du rectum et luxation du coccyx; par M. *Blick*, t. 224. 256
— très étendue de la tête et de la face, avec quelques réflexions sur les divers moyens unissants; par le docteur *E. Soulé*, t. 225. 126
— (Guérison à la suite d'une) par une barre de fer qui traversa la tête; par M. *Bigelow*, t. 232. 261
Pilules d'hydro-ferro-cyanate de potasse et d'urée (Quelques considérations sur la propriété des) du docteur Baud; par M. *Bouyer*, t. 221. 87

Pleurésie (Deux cas de), avec épanchement dans la poitrine et déplacement du cœur ; par le docteur *J.-B. Aldis*, t. 224. 261
Pneumonie (Traitement de la) par l'eau froide; par le docteur *A. Hegelf*, t. 221. 265
— (Traitement de la) par l'eau froide; par M. le docteur *Hegele*, t. 222. 258
— catarrhale (De la), et de la pneumonie lobaire de l'enfant; par MM. *Trousseau* et *Ch. Lasègue*, t. 231. 88
— (Essai ou Considérations pratiques sur le traitement de la); par le docteur *C. Saucerotte*, t. 232. 46
Pneumothorax (Sur le) et les phénomènes acoustiques auxquels il donne lieu ; par le docteur *Monneret*, t. 224. 1
Poils (Sur la structure et le développement des); par le docteur *Steinlin*, t. 230. 238
Polypes de l'oreille (Mémoire sur les) et sur une nouvelle méthode opératoire pour obtenir leur guérison ; par M. *Bonnafond*, t. 227, p. 159 ; t. 229. 145
— intra-utérins (De la mise à découvert et du traitement des) ; par M. *Simpson*, t. 231. 256
— utérin rendant impossible l'accouchement naturel chez une femme enceinte de son vingtième enfant ; — extraction rendue possible à l'aide de l'éthérisation; par M. le docteur *O. Leconte*, t. 222. 118
Poumon (Hydatide solitaire du); par le docteur *Hérard*, t. 222. 58
Prurit (Du traitement qui convient contre le) des parties génitales, des régions anale et axillaire ; par M. le docteur *Tournié*, t. 222. 86
Pyélite suivie de tumeur rénale, pendant la grossesse; — néphrotomie; — établissement d'une fistule urinaire permanente; par M. le docteur *Reimonenq*, t. 229. 185

R.

Résection totale (Sur la) des deux maxillaires supérieurs ; par le docteur *Heyfelder*, t. 224. 286
Respiration (De la) au point de vue chimique ; par M. *B. Horn*, t. 222. 259
Rétraction musculaire syphylitique (Mémoire sur la); par le docteur *A. Notta*. t. 221. 204
Rhinoplastie parteille par la méthode indienne. — Destruction d'une partie du lambeau. — Moyen d'y remédier en utilisant son pédicule. — Remarques pratiques. — Fracture comminutive du bras. — Vaste épanchement sanguin. — Application d'un appareil, suivie d'une inflammation suppurative. — Fausse articulation. — Traitement de celle-ci par le séton. — Insuccès de ce moyen. — Amputation du membre. — Guérison ; par le docteur *Am. Forget*, t. 221. 193
Rhumatisme articulaire aigu (Considérations nouvelles sur le) et son traitement ; par M. *Pidoux*, t. 223, p. 53 ; t. 225. 26
— chronique (Traitement du) et de la goutte par les bains alcalins térébenthinés, t. 228. 235
— articulaire (De l'emploi de la teinture de colchique dans le traitement du) aigu et de la goutte ; par le docteur *Delasiauve*, t. 231. 39
Rotule (Fracture transversale de la). — Application du bandage unissant des plaies en travers, dextriné. — Guérison par un cal osseux ; par le docteur *Bouisson*, t. 221. 115
Rougeole (Du mode de transmission de la) ; par le docteur *P.-L. Panum*, t. 225. 55

S.

Sac lacrymal (De l'oblitération du) comme moyen de guérison de la fistule lacrymale ; par le professeur *Stoeber*, t. 226. 167
Sang (Opération de transfusion du) pratiquée avec succès ; par le docteur *Marmonier*, t. 224. 60
Scarlatine, t. 225. 269
Scorbut (Traitement du), t. 222. 276
Sels d'argent (Considérations chimiques, physiologiques et thérapeutiques sur les) ; par le docteur *J. Delioux*, t. 229, p. 40 ; t. 230, p. 46 ; t. 231, p. 32 ; t. 232. 64
Sensibilité chez les aliénés (Des lésions de la) ; — conséquences thérapeutiques ; — exemples de lésions traumatiques très-graves et de leurs effets physiologiques ; par M. le docteur M. *Morel*, t. 225. 177
Société de Biologie (Compte rendu des séances de la) pendant les mois de novembre 1850 ; par le docteur *Segond*, t. 221, p. 283 ; octobre, M. *Follin*, t. 223, p. 275 ; décembre 1850, janvier et février 1851 ; M. *Segond*, t. 224, p. 295 ; mars, M. *Brown-Séquard*, t. 225, p. 271 ; avril, M. *Lebert* et *Brown-Séquard*, t. 226, p. 266 ; avril et mai, MM. *Lebert* et *Brown-Séquard*, t. 227, p. 256 ; mai, juin et juillet, MM. *Lebert* et *Brown-Séquard*, t. 228, p. 244 ; août, M. *Brown-Séquard*, t. 229, p. 254 ; septembre, M. *Brown-Séquard*, t. 230, p. 266 ; septembre et octobre, M. *Brown-Sequard*, t. 231. 267
Sommeil extatique (Relation d'un cas de) ; par le docteur *Ed. Sanderet*, t. 222. 53
Son dans l'appareil circulatoire (Sur la production du) ; par le docteur *Kiwisch*, t. 228. 231
Son dans le pain (De la présence du) ; par le docteur *Colin*, t. 228. 259
Spina-bifida (Quelques mots sur le traitement du) ; par M. *Nevermann*, t. 221. 268
Stérilité (Quelques mots sur la) de la femme et des moyens propres à y remédier ; par le docteur *Mistler*, t. 221. 109
Suette miliaire (Notice sur la) qui a régné à Castandet (Landes) ; par le docteur *F.-M. Dupouy*, t. 229. 1
— miliaire (Études sur la) épidémique, et en particulier sur l'épidémie de 1849 : par M. *J. Guérin*, t. 230, p. 21 : t. 232. 36
— (Du mode de propagation de la) ; par M. *Bonnet*, t. 232. 25
Sumbul (Note sur le) ou jatamansi, ses caractères botaniques et ses propriétés thérapeutiques ; par le docteur *A.-B. Granville*, t. 223. 120
Suppliciés (Observations physiologiques faites sur des) ; par MM. *Marcelin Duval*, *Jules Rochard* et *Louis-Alexandre Petit*, t. 227. 14
Surdité (Quelle est la valeur de l'excision des amygdales dans le traitement de la) ? t. 221. 281
Syphilis (Contagion de la) secondaire ; par le docteur *Roche*, t. 223. 225
— (La) primitive peut-elle exister chez une femme sans que celle-ci s'en aperçoive ? par M. *Abbott*, t. 224. 267
— à la suite de revaccination, t. 225. 264
— (Recherches statistiques sur les accidents secondaires de la) ; par le docteur *Henri Lee*, t. 225. 262
— (Remarques générales sur la) des nouveau-nés, la cachexie syphilitique, et le traitement anti-syphilitique ; par le docteur *Gibert*, t. 229. 200
— (Sur la transmission de la) des nourrissons aux nourrices ; par M. *Petrini*, t. 230. 263
Syphilisation (De la) ou vaccination syphilitique ; par le docteur *Auzias-Turenne*, t. 228, p. 157 ; t. 229, p. 206 ; t. 230, p. 178 ; t. 231. 189

T.

Taille (Fait de) très-compliquée ; par M. *J. J. Cazenave*, t. 225. 170
Tartre émétique (De l'emploi du) dans l'inflammation du tissu cellulaire ; par M. *John L. Milton*, t. 224. 263
— stibié (Sur les effets thérapeutiques du) à haute dose dans les maladies ; par M. *Henri Gintrac*, t. 226. 35
— stibié (Études sur les effets thérapeutiques du) à haute dose dans les maladies ; par le docteur *Henri Gintrac*, t. 227, p. 57 ; t. 228. 15
Teigne (Traitement de la), t. 224. 66
Testicule (Études cliniques sur quelques tumeurs du) ; par le docteur *Notta*, t. 232. 137
Tétanos traumatique ; — sulfate de quinine à hautes doses ; guérison ; par M. *Coste*, t. 225. 99
— idiopathique (Cas de) traité par le galvanisme, par le docteur *Hammett Hailey*, t. 228. 221
Thrombus (Note sur une espèce particulière de) qui se montre pendant le travail de l'accouchement ; par le docteur *W.-F. Montgomery*, t. 227. 100
Thymus (Des fonctions et des usages du) ; par M. *Wright*, t. 224. 258
Tissu musculaire (Sur la transformation du) en graisse ; par le docteur *Bardeleben*, t. 224. 294
Trachéotomie (Mémoire sur cette question : Préciser les véritables indications de la) ; par le docteur *Eug. Azam*, t. 229. 123
— (Opération de), pratiquée pendant la grossesse, pour une laryngite chronique ; guérison ; par M. *Rump*, t. 230. 249
Trichiasis cystica ; par le docteur *Kraemer*, t. 224. 270
— (Recherches sur le) des voies urinaires et sur la pili-miction ; par *P. Rayer*, t. 228, p. 144 ; t. 229. 188
Tumeur (Du traitement de la) et de la fistule lacrymales ; par le docteur *Tavignot*, t. 224. 168
— (De la nature locale ou générale des) ; par M. le docteur *Lebert*, t. 226. 110
— ou kyste volumineux de la cavité abdominale abcédée. — Injections iodées, — guérison ; par le docteur *Bonnafont*, t. 230. 137
— blanches (Note sur un nouveau traitement, par mouchetures, des) avec fongosités de la synoviale ; par M. *Laugier*, t. 231. 101
Tympan (Sur les mouvements volontaires de la membrane du) ; par le docteur *Luschka*, t. 224, 282
— (Traitement de la perforation de la membrane du) par une opération ; par M. *Harvey*, t. 228. 226
— (Des effets du cathétérisme du) dans les névralgies ; par M. le docteur *H. Desterne*, t. 230, p. 73 ; t. 231. 45

U.

Ulcère (Cas d') perforant de l'estomac ; par le docteur *Ogier Ward*, t. 228. 229
Unicité de la syphilis constitutionnelle (Deuxième lettre sur l') ; par M. *Diday*, t. 221. 211
Urètre (De l'incision externe dans le traitement des rétrécissements de l') ; par le docteur *Achille Chereau*, t. 232. 210
Urétrites (Pourquoi certaines) ne guérissent pas ? par M. *Boyé*, t. 230. 173
Urine (Des altérations de l') et des moyens physiques et chimiques employés pour les reconnaître ; par M. *E. Cottereau*, chimiste, t. 222, p. 1 ; t. 223. 1

Urine (Observations d') albumineuses et graisseuses ; par M. le docteur *H. Bence Jones*, t. 225. 275
Utérus (Tumeur fibreuse de l') constituant un obstacle invincible à l'accouchement, opérée avec succès. Accouchement heureux probablement pour la mère et pour l'enfant, à la suite de cette opération ; par M. *Danyau*, t. 226. 92
— (Tumeur sanguine du col de l'), suivie d'une hémorrhagie secondaire mortelle, quatre jours après l'accouchement ; par le docteur *G. Johnston*, t. 228. 237
— (Un mot sur les rapports de la sensibilité et de l'irritabilité de l') ; par le docteur *Camille Bernard*, t. 228 79
— (Connexion des maladies de l') et de celle de l'ovaire ; par le docteur *John Tilt*, t. 229. 253
— (Sur une tumeur sanguine du col de l') produite pendant le travail de l'accouchement ; par *F. W. Montgomery*, t. 229. 249
— (Ulcère rongeant de l') ; par le docteur *Bennett*, t. 230. 258
— (Hypertrophie de la lèvre antérieure du col de l') ; opération par le docteur *Montgomery*, t. 230. 250
— (Cas d'excision de l') ; par M. *P. Eve*, t. 232. 263

V.

Vaccine. — Pustule vaccinale développée dans un point du corps autre que celui de l'insertion du virus vaccin ; par le docteur *B. Oke Clark*, t. 225. 266
— (Réflexions sur la) et les revaccinations, présentées à la Société de médecine de Bordeaux ; par M. le docteur *Laforre*, t. 227. 87
Vagin (Relation d'un cas d'oblitération complète et congénitale du), avec imperforation du col de la matrice ; rétablissement du canal du vagin et de l'orifice utérin ; mariage ; grossesse ; accouchement à terme ; éclampsie ; application du forceps ; enfant mort ; métro-péritonite chez la mère qui meurt le dixième jour ; par le docteur *Debrou*, t. 222, p. 129 ; t. 223. 124
Ventricules du cœur (De la transposition des) du nouveau-né, cause de mort peu de temps après la naissance ; par le professeur *J.-A. Stoltz*, t. 225. 115
Version pelvienne (Convient-il de substituer la) au forceps, dans le cas ou la tête se présente au détroit supérieur rétréci, mais mesurant au moins sept centimètres (deux pouces et demi) antéro-postérieurement ? par M. le docteur *Chailly-Honoré*, t. 221, p. 129 ; t. 223 p. 134 ; t. 224. 86
Virus (Des) considérés comme des animaux vivants ; par M. *Hameau*, t. 223. 281
Voies aériennes (Corps étrangers dans les), t. 221. 273
— — (Recherches sur les corps étrangers dans les) ; par M. le docteur *Jobert de Lamballe*, t. 226, p. 143 ; t. 227. 145

FIN DE LA TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES.

OUVRAGES D'HISTOIRE.

FORMAT IN-8°.

1re Catégorie.

fr. cs.

Bazin (A.). — HISTOIRE DE FRANCE SOUS LOUIS XIII, *ouvrage ayant obtenu à l'Académie française le second des prix fondés par le baron Gobert;* 4 vol. in 8°, ornés des portraits sur Chine de Marie de Médicis, Louis XIII, Gustave-Adolphe et Cinq-Mars. 5 00

Beaumont (G. de). — L'IRLANDE SOCIALE, POLITIQUE ET RELIGIEUSE; 2 vol. in-8°. 2 50

Beaumont-Vassy (le vicomte de). — LES SUÉDOIS DEPUIS CHARLES XII; 2 vol. in-8°, ornés des portraits sur Chine de Gustave III et de Bernadotte. 2 50

Capefigue. — CHARLEMAGNE; 2 vol. in-8°, avec portrait. 2 50

— HISTOIRE DE FRANCE AU MOYEN-AGE, depuis Philippe-Auguste jusqu'à la fin du règne de Louis XI (1223 à 1483); 4 vol. in-8°, ornés des portraits sur Chine de Philippe le Bel, Louis VIII, Charles V et Louis XI. 5 00

— FRANÇOIS Ier ET LA RENAISSANCE (1515-1547); 4 vol. in-8°, avec portrait. 5 00

— Louis XIV, son gouvernement et ses relations diplomatiques avec l'Europe; 6 vol. in-8°, ornés des portraits sur Chine de Louis XIV, Colbert, le maréchal de Luxembourg, Mme de Maintenon et Catinat. 7 50

— L'EUROPE PENDANT LE CONSULAT ET L'EMPIRE DE NAPOLÉON; 12 beaux vol. in-8°, enrichis de notes critiques et de 12 beaux portraits. 15 00

— L'EUROPE PENDANT LA RÉVOLUTION FRANÇAISE; 4 beaux vol. in-8°, ornés des portraits sur Chine de Dumouriez, Catherine II, Charles, archiduc d'Autriche, et Nelson. 5 00

— HISTOIRE DE LA RESTAURATION et des causes qui ont amené la chute de la branche aînée des Bourbons (1813-1830); 8 vol. in-8°, ornés des portraits de Louis XVIII, maréchal Soult, maréchal Ney, Richelieu, duc de Berri, de Villèle, Charles X et Polignac. 10 00

— Louis XV et la société du XVIIIe siècle; 4 vol. in-8°, ornés des portraits sur Chine de Louis XV, maréchal de Richelieu, maréchal de Choiseul-Stainville et Mme de Pompadour. 5 00

Chopin (J.-M.). — RÉVOLUTIONS DES PEUPLES DU NORD; 4 vol. in-8°, ornés de 4 gravures sur Chine représentant les divinités scandinaves, Canut, Gustave Wasa et Pierre Ier. 5 00

Custine (marquis de). — LA RUSSIE en 1839; 4 vol. in-8°. 5 00

De Marliani. — HISTOIRE POLITIQUE DE L'ESPAGNE MODERNE; 2 vol. in-8°, augmentée d'un chapitre sur les événements de 1840. 2 50

Faider. — ÉTUDES SUR LES CONSTITUTIONS NATIONALES (Pays-Bas autrichiens et pays de Liége); 1 vol. in-8°. 1 25

Fortou (H.). — DE L'ART EN ALLEMAGNE; 3 vol. in-8°. 3 75

Geyer. — HISTOIRE DE SUÈDE depuis les premiers temps jusqu'à nos jours, traduite par Lundbad, membre de l'Institut; 4 volumes in-8°. 5 00

fr. c^s.

Hume. — Histoire d'Angleterre; 26 vol. in-8°, ornés des portraits sur Chine de Guillaume le Conquérant, Richard Cœur-de-Lion, Henri VIII, Élisabeth, Charles Ier, Cromwell, Charles II, Anne, George II, George III, Nelson et Wellington, traduite par Campenon, de l'Académie française, continuée jusqu'à nos jours par Smollett Adolphus et Aikin et précédée d'un essai sur la vie et les écrits de Hume. 26 00

Jacquemont (V.). Sa Correspondance avec sa famille et plusieurs de ses amis pendant son voyage dans l'Inde (1828-1832); 2 vol. in-8° accompagnés d'une carte de l'Inde. 2 50

Kohlrausch. — Histoire d'Allemagne depuis les temps les plus reculés jusqu'à l'année 1838; 4 vol., ornés des portraits de Clovis Ier, Albert II, Ferdinand II et Souwarow. 5 00

Manzoni (Alexandre). — Les Fiancés, histoire milanaise du XVIIe siècle, traduite de l'italien par Rey-Dusseuil, 2 vol. in-8°. 2 50

Marmier (Xavier).— Lettres sur le Nord et sur l'Islande; 2 volumes in-8°. 2 50

Masure. — Histoire de la révolution de 1688 en Angleterre, 4 vol. in-8°. 5 00

Michaud et **Poujoulat.** — Correspondance d'Orient (1830-1831); 8 vol. in-8°, accompagnés d'une belle carte des itinéraires. 10 00

Miége. — Histoire de Malte; 4 vol. in-8°, accompagnés d'une carte et d'un plan. 5 00

Monteil (Amans-Alexis). — Histoire des Français des divers états, aux XIVe, XVe, XVIe, XVIIe et XVIIIe siècles; 10 vol. in-8°. 12 50

Partouneaux. — Histoire de la conquête de la Lombardie par Charlemagne, et des causes qui ont transformé dans la haute Italie la domination française en domination germanique sous Othon le Grand; 2 vol. in-8°. 2 50

Pouqueville. — Histoire de la régénération de la Grèce, comprenant le précis des événements depuis 1740 jusqu'en 1824; 6 vol. in-8°, ornés des portraits sur Chine de Pouqueville, Noti Botzaris, Ali-Pacha, Ypsilanti, Miaulis et Constantin Canaris. 7 50

Robertson. — Histoire de l'Empereur Charles-Quint, traduite de l'anglais par J. B. Suard et précédée d'une notice par Buchon; 4 vol. in-8°, ornés du portrait sur Chine de Charles-Quint. 5 00

Sainte-Aulaire. — Histoire de la Fronde; 2 vol. in-8°, ornés des portraits sur Chine de Mazarin et Anne d'Autriche. 2 50

Sismondi. — Julia Sévéra, ou l'an quatre cent quatre-vingt-douze; 1 vol. in-8°. 1 25

— Études sur les Constitutions des peuples libres; 1 vol. in-8°. 1 25

— Histoire des Français; 36 vol. in-8°. 30 00

Souvestre (Émile).—Mémoires d'un sans-culotte bas breton; 1 vol. in-8°. 1 25

Thibaudeau (A.-C.). — Histoire des États Généraux et des institutions représentatives en France, depuis l'origine de la monarchie jusqu'à 1789; 3 vol. in-8°. 3 75

Vincens (E.). — Histoire de la république de Gênes; 4 vol. in-8°, ornés des portraits sur Chine de Fiesque, François Ier, Urbain VI et de Paoli. 5 00